

El suicidio asistido. Una controversia ética, médica y social

Héctor Sentfies Castellá

El comportamiento que ha generado desconcierto, preocupación y rechazo en muchas agrupaciones sociales ha sido y seguirá siendo el suicidio. Esto ha generado que este fenómeno haya sido investigado desde un punto de vista histórico, teológico, filosófico, sociológico, psicológico, psiquiátrico y neurobiológico. Se ha escrito mucho sobre el tema, históricamente se ha considerado un acto de dignidad, valentía, solidaridad o vergüenza hasta que, con la llegada del cristianismo en el continente europeo a partir del siglo V de nuestra era, el suicidio se convirtió en un comportamiento indignante relacionado al pecado y fue duramente criticado por los reyes y eclesiásticos dominantes. Actualmente se conoce que es la expresión de un proceso psicopatológico en el 90% de los casos.

Desde una perspectiva histórica el suicidio ha sido descrito en manuscritos antiguos como la Biblia o antiguo testamento. Abimelec hijo de Gedeón solicitó a su escudero que lo matara después de que una mujer dejara caer, desde una torre, una piedra que le partió el cráneo. El rey Saul tras la derrota de su ejército ante los filisteos solicitó a su escudero que lo matara, ya que había sido gravemente herido por las flechas filisteas. Al negarse el escudero a matarlo, entonces, el rey se suicidó con su espada. Ajitófel, consejero del rey David, traiciona al mismo y se alía con Absalón, hijo de David. Los consejos que le dio a Absalón para acabar de destruir a David no fueron tomados en cuenta y ante tal decepción este decide ahorcarse.

En la cultura maya 1000 años antes de Cristo, una deidad llamada Ixtab, la diosa de la horca daba significado a la sequía y falta de fertilidad del campo. Esto significaba que, si alguna persona se ahorcaba, la comunidad a la que pertenecía podía sufrir alguna desgracia o sobrellevar sequías.

La mitología griega también narra episodios en donde el suicidio es protagonista. Yocasta se suicida al enterarse de que se había casado con su hijo Edipo. Otras versiones (Las fenicias de Eurípides, 410 a.C.) mencionan que el suicidio de Yocasta se debió al fallecimiento de sus dos hijos Eteocles y Polinices que se pelearon a muerte. Otro relato mitológico es el suicidio de Egeo, rey de Atenas, que se lanza de una cordillera (cabo de Sunión) al mar tras el error de su hijo Teseo de no cambiar las velas (negras por blancas) de su barco tras la victoria sobre el Minotauro.

El suicidio era una forma habitual de ejecución en las antiguas Grecia y Roma. Como medida de respeto, se reservaba normalmente para aristócratas sentenciados a muerte: las víctimas podrían beber algún veneno, como la cicuta o arrojarse sobre su espada. El suicidio forzado fue un método de ejecución en donde a la víctima se le da a elegir entre cometer suicidio o enfrentarse a una alternativa peor, normalmente la ejecución pública o también la tortura previa a la muerte, o la muerte de familiares o amigos, como sucedió con Sócrates (399 a.C.). También Platón en sus libros *Phaedo* y *Leyes* reflexiona sobre el suicidio y menciona que esta forma de morir se aleja del derecho que tienen los dioses sobre el alma humana. Pero también justifica el mismo cuando se presentan cuatro circunstancias: 1) Si la mente y el carácter se han corrompido y no pueden ser rescatados. 2) Cuando la persona tiene el deber moral de rehusar un tratamiento médico. 3) Cuando el suicidio se realiza por orden judicial. 4) Cuando el suicidio es el resultado de la vergüenza de haber participado en acciones manifiestamente injustas (Leyes IX 873 c-d).

Alrededor del año 300 antes de Cristo surge una nueva corriente filosófica: el estoicismo. Su doctrina filosófica estaba basada en el dominio y control de los hechos, cosas y pasiones que perturban la vida, valiéndose de la valentía y la razón del carácter de la persona. Ellos consideraban que el morir por suicidio era entendible y moralmente aceptable cuando el camino para una vida plena no era alcanzado o dejaba de existir. «Cuando las circunstancias del hombre contienen una preponderancia de cosas acorde con su naturaleza, es apropiado para él permanecer con vida, pero si el hombre mismo percibe y sus perspectivas de vida son contrarias, es apropiado para él dejar de existir. Inclusive los tontos, que son miserables *per se*, es apropiado para ellos permanecer con vida si ellos poseen una serie de cosas en acorde con su naturaleza». (Cicerón Libro III, 60.61). Uno de los estoicos que formuló al suicidio como una alternativa honorable fue Séneca (65 d.C.). Él refería que lo importante en la vida de un ser humano era la calidad de vida de los seres humanos y no tanto la cantidad de vida, por lo cual quitarse la vida estaba justificado. «El vivir no es ningún bien si no se vive bien, por tanto, el hombre sabio vive lo mejor que puede, no lo más que puede... siempre pensará en

la vida en términos de calidad, no de cantidad; morir antes o después es irrelevante».

Con la creciente influencia del cristianismo durante los primeros siglos después de Cristo, la actitud hacia el suicidio comenzó a dar un giro. San Agustín (430 d.C.), en su libro I, capítulo 20, habla de la conducta suicida como un pecado mortal. Menciona que la ley de Dios interpretada correctamente dice no matarás ni te matarás. Ante esta gran influencia sobre el pensamiento cristiano la actitud de la sociedad europea generó rechazo, repudio e injusticias ante las personas que atentaban contra su vida o se suicidaban. Incluso la iglesia católica apostólica y romana prohibía el entierro en cementerios católicos a los suicidas y los bienes del difunto se confiscaban. La familia del suicida era degradada y apartada de la sociedad o comunidad. Se consideraba al suicidio como un acto influido por el demonio. Tomás de Aquino (1274 d.C.) postuló en su obra *Aquinas* (1271 parte II, Q64, A5) que el matarse va en contra del amor propio, lastima a la comunidad de la cual el individuo es parte de y viola el deber con Dios que nos premia con la vida. Tomás Moro (1535 d.C.) en su escrito *Utopía* refiere que «el morir por sus propias manos solo es recomendable en enfermedades dolorosas e incurables».

El poeta metafísico John Donne (1631 d.C.) en su obra *Biethanatos*, escrita en 1607, fue el primer autor que hizo una defensa humanista sobre la muerte por propia mano. No fue sino hasta el año 1642 que Sir Thomas Browne (1682 d.C.) conceptualiza por primera vez en la historia de la humanidad la palabra *suicidio* en su obra *Religio Medici*. Esta postura era contraria al pensamiento filosófico de la época. David Hume (1776 d.C.) un filósofo y politólogo de gran influencia en la Europa occidental de la época en su Libro Dos *De las pasiones* expresa que el suicidio no es una transgresión de los deberes del hombre hacia Dios o hacia sí mismo. Esta corriente de pensamiento genera el cimiento del cambio de la postura eclesiástica y social sobre el comportamiento suicida.

Jean Étienne Dominique Esquirol (1840 d.C.) quien junto con Phillipe Pinel inicio las bases clínicas y humanitaria de la psiquiatría en el Hospital de Salpêtrière, consideraba que el suicidio iba contra la mente sana y contra el instinto de supervivencia por lo tanto quien lo cometía era un alienado (enfermo mental). En el siglo XIX, precisamente en el año de 1823, la iglesia y la institución gobernante europea autorizó la sepultura en cementerios católicos a los suicidas. En el año de 1870 se lleva a cabo la abolición de la ley de confiscación de bienes cuando se corroboraba que el suicidio había sido la consecuencia de alguna enfermedad mental y no fue hasta el año de 1897 donde se propone la primera explicación no mágica o empírica sobre el comportamiento suicida en los seres humanos con la obra *Le Suicide*, escrita por Emile Durkheim, que abordaba la tesis sociológica que pudiera explicar la conducta suicida. Sigmund Freud (1939 d.C.) menciona en 1917 en su obra *Duelo y*

Melancolía que el suicidio «es el resultado de un conflicto de fuerzas intrapsíquicas en donde hay una gran hostilidad hacia un objeto amado e introyectado con ambivalencia».

Como podemos concluir hasta ahora, la evolución del concepto y la actitud social hacia el suicidio hasta mediados del siglo XX ha caminado desde lo heroico hasta lo psicológico con expresión de algún tipo de psicopatología (depresión o psicosis). Cabe mencionar que el comportamiento suicida se integra a un sistema de creencias fuera del cristianismo en donde la misma era entendida y permitida en circunstancias especiales tal como se describe en culturas antiguas como la nórdica o vikinga, la celta, la japonesa, la hindú, la esquimal y la musulmana. Todavía en la actualidad, el suicidio es visto en la cultura hispanoamericana o latinoamericana como un signo de debilidad, falta de carácter, la evasión hacia la vida y sus dificultades (la respuesta romántica ante la ruptura amorosa, la ruina económica, la supervivencia a catástrofes, entre otras.).

El *suicidio asistido* también ha formado parte del debate existencial de la civilización desde las descripciones bíblicas hace 1000 años hasta nuestros días. La profesión médica desde ya hace muchos siglos atrás condena el facilitar la muerte al enfermo agónico según los criterios hipocráticos y recomienda solo paliar el dolor y sufrimiento del enfermo en su etapa terminal o agónica. La palabra eutanasia (bien morir) fue acuñada por primera vez por Francis Bacon en el siglo XVI y el médico alemán Karl F.H. Marx en 1826 habla de la ciencia que se dedica a frenar los rasgos agresivos de la enfermedad, aliviar el dolor y propicia la serenidad en la hora suprema e ineludible de la muerte, pero nunca debería permitirse al médico que en situaciones de importante influencia de otras personas o bajo su propio sentido piadoso, terminar con la penosa condición de un paciente y acelerar su muerte deliberadamente. Durante el siglo XIX la palabra eutanasia aparece frecuentemente en la literatura médica de la época para describir el deber médico de aliviar el sufrimiento del enfermo agónico. En la década de 1870s, dos ensayistas ingleses, Samuel Williams y Lionel Tollemache, escribieron artículos abogando por la práctica de aliviar el sufrimiento acelerando el fin de la vida del paciente. Williams escribió: «En todos los casos de enfermedad terminal y dolorosa, se deberá reconocer el deber del asistente médico, siempre que así lo deseara el paciente de eliminar de una vez la consciencia y proporcionarle una muerte rápida e indolora». Williams defendió la utilización de una sobredosis de morfina, entonces un nuevo fármaco analgésico, para asistir a la muerte de pacientes terminales con dolor. La propuesta de eutanasia de Williams se reprodujo en periódicos y revistas a lo largo de los años. Un editorial de 1884 en la revista *The Boston Medical and Surgical Journal* publicó, haciendo una sugerencia, a una propuesta de eutanasia pasiva más que activa. «Rendirse a las fuerzas superiores no es lo mismo que liderar el ataque del enemigo sobre el propio amigo». Excepcionalmente, un artículo

sugeriría veladamente a que a los médicos se les otorgará la autoridad legal de acabar con la vida de los pacientes que solicitaran un final tranquilo a una enfermedad terminal y agónica. Aunque estas sugerencias encontraron una fuerte oposición pública y profesional, se llevaron a cabo esfuerzos ocasionales para introducir leyes a favor de la eutanasia. En 1885 el *Journal of the American Association* se opuso a la propuesta aludiendo que el médico no podía cambiar la túnica médica por la de verdugo. A principios del siglo XX se introdujeron leyes sobre la eutanasia en los cuerpos legislativos de varios estados como Iowa, Ohio, y Nueva York.

El movimiento contemporáneo de apoyo al suicidio asistido se remonta a Derek Humphry, un periodista británico y cofundador de la Sociedad Helmok (disuelta en 2004 para posteriormente cofundar la *Red de la Salida Final* (Final Exit Network). En 1978 escribió el bestseller *Jean's Way*, sobre la asistencia al suicidio de su esposa enferma de cáncer de mama en 1975. En 1991, Humphry publicó *Final Exit, The Practicalities of Self Deliverance and Assisted suicide for the dying*, una guía sobre el suicidio asistido que se convirtió en un bestseller de ventas y se ha traducido a 12 idiomas. Los medios que criticaron esta guía afirmaron que *Final Exit* podía ser utilizado por cualquier persona para suicidarse, y no sólo por pacientes terminales. Humphry respondió que existían muchos medios de suicidio comúnmente conocidos y que no había pruebas de que el libro hubiera aumentado la tasa de suicidios en Estados Unidos. El suicidio de la segunda esposa de Humphry, Ann, tras un difícil divorcio y donde padeció una depresión severa a pesar de tener un cáncer de mama inactivo, provocó una nueva controversia.

Humphry cree que el suicidio asistido debería estar disponible no sólo para aquellos con enfermedades terminales avanzadas, sino también para aquellos con lo que él denomina *enfermedad sin esperanza*, es decir, incapacitante y sin cura, pero no necesariamente terminal. Muchas de las principales organizaciones, centradas ahora en el suicidio asistido por médicos para los enfermos terminales, se han distanciado de sus opiniones. Sin embargo, Humphry, cofundador de la Sociedad Hemlock y ex presidente de la Federación Mundial de Sociedades por el Derecho a Morir, sigue promoviendo el suicidio asistido públicamente y a través de la Red Final Exit, que ofrece asesoramiento y apoyo a las personas que se plantean el suicidio asistido.

Si Humphry fue la inspiración del movimiento, el Dr. Jack Kevorkian fue la primera celebridad estadounidense en apoyar y recomendar el suicidio asistido. Kevorkian, un patólogo apodado *Dr. Muerte*, atrajo la atención mundial en la década de 1990 cuando construyó dispositivos que permitían al paciente autoadministrarse inyecciones letales (Thanatron). Al menos 130 personas utilizaron estos dispositivos, que permitían a la gente suicidarse apretando un gatillo que enviaba una dosis letal de sedantes o monóxido de carbono a su sangre. Al principio, Kevorkian intentó anun-

ciarse en los periódicos de Detroit para buscar voluntarios. Janet Adkins, que había sido profesora universitaria, fue la primera en utilizar este método. Ella decidió suicidarse el día en que se le diagnosticó la enfermedad de Alzheimer y posteriormente lo hizo en la furgoneta del Dr. Kevorkian.

Kevorkian fue llevado a juicio en cuatro ocasiones por varios casos. Finalmente, fue declarado culpable de asesinato en segundo grado. Cumplió ocho años de prisión, y las condiciones de su libertad condicional le impidieron participar en otros suicidios asistidos. Kevorkian murió por causas naturales en 2011 a la edad de 83 años. Los exámenes forenses practicados a posteriori a los pacientes de Kevorkian revelaron que muchos de ellos no tenían enfermedades terminales, y cinco no tenían ninguna enfermedad. Estas acciones fueron la bandera de los médicos opositores al suicidio asistido como un ejemplo de los peligros de permitir que la práctica se extienda.

La siguiente batalla legal y que fue de dominio público en los Estados Unidos sobre la vida y la muerte de un paciente en estado crítico que no implicó la asistencia directa de un médico, pero polarizó a los estadounidenses sobre las decisiones relativas al final de la vida, fue el caso de Terri Schiavo. Terri, una joven de San Petersburgo (Florida), sufrió un gran daño cerebral en 1990 y los médicos llegaron a la conclusión que Terri se encontraba en *estado vegetativo persistente* cuando su marido intentó que se le retirara la sonda de alimentación 8 años después. Los padres de Terri se opusieron, creyendo que su estado podía ser reversible, y acudieron a los tribunales para que se le volviera a colocar la sonda de alimentación. La batalla legal y política que siguió duró siete años más y acabó involucrando varias sentencias judiciales, a la legislatura de Florida, al Congreso de EE. UU. y al presidente George W. Bush.

La sonda de alimentación de Schiavo se retiró, se reinsertó por orden de un juez, se volvió a retirar por orden de otro juez y se reinsertó de nuevo después de que la Legislatura de Florida aprobara la *Ley de Terri*, que otorgaba al gobernador Jed Bush la autoridad para ordenar la reinsertión de la sonda. La sonda se retiró por última vez cuando el Tribunal Supremo de EE. UU. decidió no admitir a trámite la apelación final del caso. La paciente murió el 31 de marzo de 2005, pero para entonces la batalla se había convertido en una piedra de toque tanto para los defensores del derecho a la vida como del derecho a la muerte en todo el mundo.

Antes de que el caso de Terri Schiavo se hiciera público, los votantes de Oregón habían convertido su estado en el primero de Estados Unidos en permitir el suicidio asistido por un médico. En 1997, se promulgó *The Oregon Death with Dignity Act* o *La Ley de Muerte Digna* después de que los votantes aprobaran un referéndum sobre el tema por un margen de 51 a 49% en 1994.

En 2001, el fiscal general de Estados Unidos, John Ashcroft, intentó bloquear la ley declarando que tenía la autoridad para impedir que los médicos recetaran fármacos

letales a través de la Ley de Sustancias Controladas. En el año 2006 el Tribunal Supremo de Estados Unidos falló en contra de la pretensión de Ashcroft, permitiendo que la ley de Oregón siguiera adelante.

Sin embargo, la iniciativa de Oregón no fue el primer intento de los partidarios del suicidio asistido por un médico de conseguir que los votantes respaldaran una ley. Esfuerzos similares en Washington y California fracasaron en 1991 y 1992, respectivamente. La Sociedad Hemlock de Oregón también respaldó un proyecto de ley en la legislatura estatal en 1990 que no logró salir del comité. Los proyectos de ley presentados en otros estados tampoco obtuvieron suficiente apoyo en la década de 1990. En Oregón, una figura clave para ayudar a superar la resistencia al referéndum, fue el Dr. Peter Goodwin, médico que defendió el argumento en una reunión de la Asociación Médica de Oregón. El Dr. Goodwin concluyó en parte que los médicos ya tomaban medidas para ayudar a morir a los pacientes terminales, pero «actuaban a menudo sin que la familia lo autorizara completamente y sin que el paciente supiera lo suficiente porque todo es ilegal, quería que el paciente tuviera el control, no el médico».

El argumento de que las leyes de suicidio asistido no hacen más que sacar a la luz lo que ha estado ocurriendo tras bambalinas. Estos argumentos generaron que los ciudadanos de Oregón votaran a favor de esta ley. Pero, a pesar de su éxito, los defensores de leyes similares no ganaron en otros estados de la unión americana hasta que los ciudadanos de Washington aprobaron una ley basada en la de Oregón en noviembre de 2008. Los partidarios de la ley eran optimistas en cuanto a que Massachusetts les proporcionaría una victoria similar en 2012, y las encuestas previas a las elecciones mostraban un apoyo mayoritario a una medida de suicidio asistido. Pero no ocurrió así. Tras su derrota, los partidarios culpaban al fuerte gasto de los que se oponían entre ellas se encontraban diócesis y organizaciones católicas. Massachusetts es un estado católico primordialmente.

Con respecto a Europa, los Países Bajos, Suiza, Bélgica y Luxemburgo permiten el suicidio asistido. En todos ellos, excepto en Luxemburgo, las personas que no tienen una enfermedad terminal pueden optar a una muerte asistida si los médicos consideran que su sufrimiento es duradero e insoportable. En Bélgica y los Países Bajos, la eutanasia, en la que un médico da muerte a un paciente que lo solicita mediante la administración directa de fármacos, es legal bajo ciertas condiciones. La solicitud debe ser realizada voluntariamente por un paciente que padezca una enfermedad crónica, incurable e insoportable. En los Países Bajos, las condiciones aceptables incluyen una enfermedad incurable o con *problemas psicológicos irremediables*. Un segundo médico debe coincidir en una opinión escrita de que el paciente cumple los criterios.

Los Países Bajos cuentan con una serie de directrices destinadas a garantizar que la eutanasia sea en el mejor interés de los pacientes. Pero hay quienes se oponen. La

Fundación Hastings, que tiene presencia en varios países de Europa, afirmó que una encuesta aplicada bajo condiciones de anonimato a los médicos descubrió que las normas para autorizar eutanasia no se cumplían del todo y que en algún lugar cerca de mil personas habían practicado eutanasia sin su consentimiento.

Algunos miembros de sociedad por suicidio asistido han observado que en Países Bajos la aplicación de la eutanasia se lleva en forma *ligera*, sin cumplir con las normas establecidas para tal fin y se utilizaba para dar una solución rápida a los pacientes en fases terminales sin estar en fase agónica. Los partidarios del suicidio asistido en Estados Unidos responden que las situaciones no son comparables. «Holanda es una cultura completamente diferente». Los líderes políticos de otras naciones occidentales no parecen compartir la misma preocupación por el historial de Países Bajos u otros países donde el suicidio asistido es legal. Una encuesta en el Reino Unido reveló un fuerte apoyo a la legalización, y se espera que un miembro del Parlamento presente un proyecto de ley. Otras naciones, incluida Nueva Zelanda, junto con partes de Australia, están contemplando medidas similares. Sin embargo, las prohibiciones culturales y religiosas contra el suicidio asistido siguen siendo fuertes en países predominantemente islámicos y católicos, y el suicidio asistido por médicos o la eutanasia siguen siendo contrarios a la ley en la mayor parte del mundo.

¿Pero qué se ha investigado sobre este tema desde una perspectiva médica en los últimos años y si este tema sigue en el debate médico, político y social? Shery Mila y cols., en el año 2019 realizaron una revisión sistemática de la literatura sobre las experiencias de los médicos expertos en cuidados paliativos en donde la eutanasia es legal. La conclusión de esta revisión con 1518 publicaciones sobre el tema concluyó que los médicos sugirieron que el gremio debería tener un mayor conocimiento sobre el tema, mejorar la comunicación entre pares y discutir el punto del tiempo preciso para practicar la eutanasia o suicidio asistido sin precipitar las cosas. En un estudio realizado en Alemania por Jonas Schildmann y cols., en 2021, aplicó una encuesta electrónica con preguntas y respuestas abiertas también sobre el deseo o no deseo de asistir al paciente que solicita el suicidio asistido al personal médico de hematología y oncología. Solo el 3% de los 3588 médicos que respondieron la misma reportaron que habían participado en suicidio asistido. Por otro lado, el 47% de los médicos encuestados objetaron la posibilidad de participar y el 46% considero que podría practicarlos solo en ciertas circunstancias, inclusive el 25% de este 46% estarían de acuerdo con practicar el suicidio asistido en condiciones psiquiátricas que generaran un sufrimiento insoportable en los pacientes. Martyna Tomczyk y cols., en el año 2021, en un estudio de tipo cualitativo siguiendo las guías COREQ en 4 unidades de cuidados paliativos en Suiza (Suiza francesa), analizaron los 4 tipo de sedación aplicados en pacientes terminales. La

sedación temporal e intermitente se practicaba sin una indicación médica autorizada cuando los pacientes solicitaban suicidio asistido y no podían atenderse en casa o no querían que sus familiares sufrieran por esta decisión. Al final concluyen que se debe de trabajar profundamente a nivel interdisciplinario nacional e internacionalmente para poder entender mejor los aspectos biológicos, espirituales, legales y psicológicos de los pacientes que solicitan la eutanasia o suicidio asistido con el fin llegar a consensos y actualizar las guías sobre sedación en unidades de cuidados paliativos.

Un estudio muy interesante y que pone en debate la idea de que el suicidio asistido podría reducir los suicidios en personas que tienen enfermedades terminales o degenerativas fue el realizado por Anne Doherty y cols., en 2022. En este estudio de revisión sistemática sobre 6 publicaciones que cumplían los criterios para la revisión, los autores concluyeron que la muerte por suicidio no había disminuido en lugares donde la práctica de suicidio asistido o eutanasia está legalmente permitida (Oregon EUA y Suiza), y en donde los pacientes adultos mayores del sexo femenino fueron las variables asociadas con incremento en el número de suicidios no asistidos.

Uno se pregunta ¿cuál es la posición de México en relación con la eutanasia y el suicidio asistido? En el Boletín de CONAMED-OPS de enero-febrero de 2017 por Jorge Alfredo Ochoa Moreno. El escribe lo siguiente: «En México, un reto principal que enfrenta el Sistema Nacional de Salud es el de incrementar el alcance de la legislación existente sobre voluntad anticipada en el sentido de ampliar la gama de opciones a las que tendría derecho dentro del principio de autonomía. Actualmente, las leyes existentes están acotadas a que el paciente opte por el rechazo a tratamientos, pero no puede optar por el acceso a tratamientos que pudieran poner fin a su dolor y sufrimiento. En México existen algunos avances importantes en materia de voluntad anticipada, enfocadas a la regulación de los cuidados paliativos. La Ley General de Salud establece en su artículo 166 Bis 4 que toda persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, puede, en cualquier momento e independientemente de su estado de salud, expresar su voluntad por escrito ante dos testigos, de recibir o no cualquier tratamiento, en caso de que llegase a padecer una enfermedad y estar en situación terminal y no le sea posible manifestar dicha voluntad. De forma complementaria, la misma Ley en su artículo 166 Bis 6 estipula que la suspensión voluntaria del tratamiento curativo supone la cancelación de todo medicamento que busque contrarrestar la enfermedad terminal del paciente y el inicio de tratamientos enfocados de manera exclusiva a la disminución del dolor o malestar del paciente. En este caso, el médico especialista en el padecimiento del paciente terminal interrumpe, suspende o no inicia el tratamiento, la administración de medicamentos, el uso de instrumentos o cualquier procedimiento que contribuya a la prolongación de la vida del paciente en situación terminal dejando que su padeci-

miento evolucione naturalmente. De manera similar, desde Enero del 2008 existe la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, que junto a su Reglamento establecen lineamientos y reglas claras para garantizar que la voluntad anticipada que expresaron las personas que se encuentran en la fase final de su padecimiento sea respetada en cuanto a su “decisión de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida cuando se encuentre en etapa terminal y, por razones médicas, sea imposible mantenerla de manera natural, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona. Ya se cuentan con leyes similares de voluntad anticipada en las legislaciones de 11 estados de la república que son: Coahuila, Aguascalientes, Hidalgo, Chihuahua, San Luis Potosí, Guanajuato, Michoacán, Nayarit, Guerrero, Colima y Estado de México. En general, en todas estas leyes se prohíben las conductas que tengan como consecuencia el acortamiento intencional de la vida, por tanto, no intentan promover la eutanasia, sino a reconocer el derecho a rechazar el tratamiento terapéutico obstinado y a recibir los llamados cuidados paliativos.»

No hay duda de que este tema es y será motivo de debate y controversia. También es importante reflexionar sobre las personas que padecen enfermedades terminales (carcinomas malignos u otro tipo de enfermedades incurables, dolorosas e irremediamente mortales y que generan gran sufrimiento y dolor en el paciente y su familia) o de tipo neuropsiquiátrico en donde el deterioro de las funciones cerebrales en forma paulatina e irreversible exponen a la persona a un futuro devastador y de gran angustia para él y su familia. Cuando uno conoce la evolución y el pronóstico de enfermedades tales como la esclerosis lateral amiotrófica, el deterioro cognitivo irreversible independiente de su etiología. Y que reflexionar sobre el trastorno esquizofrénico en donde la calidad de vida en todos sentidos se ve mermada.

En México los conceptos religiosos y la concepción de muerte desde un punto de vista cultural hacen pensar que este tipo de abordaje todavía está muy lejos de ser abiertamente debatido en nuestra sociedad de manera objetiva, lo cual hace a uno navegar en aguas turbulentas.

BIBLIOGRAFÍA

- Brody, H. (1999). Kervorkian and assisted death in the United States. *British Medical Journal*, 318(7189), 953-954. doi: 10.1136/bmj.318.7189.953
- Cherny, N. I., & Radbruch, L. (2009). European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliative Medicine*, 23(7), 581-593. doi: 10.1177/0269216309107024
- de Graeff, A., & Dean, M. (2007). Palliative sedation therapy in the last weeks of life: a literature review and recommendations for standards. *Journal of Palliative Medicine*, 10(1), 67-85. doi: 10.1089/jpm.2006.0139
- Doherty, A. M., Axe, C. J., & Jones, D. A. (2022). Investigating the relationship between euthanasia and/or assisted suicide and rates of non-assisted suicide: systematic review. *BJ Psych Open*, 8(4), e108. doi: 10.1192/bjo.2022.71
- Elsayem, A., Curry, E., Boohene, J., Munsell, M. F., Calderon, B., Hung, F., & Bruera, E. (2009). Use of palliative sedation for intractable symptoms in the palliative care unit of a comprehensive cancer centre. *Supportive Care in Cancer*, 17(1), 53-59. doi: 10.1007/s00520-008-0459-4

- Fundación Bioética. (2021). *La eutanasia no es la solución. Hay Alternativa*. Córdoba, España.
- Gerson, S. M., Bingley, A., Preston, N., & Grinyer, A. (2019). When is hastened death considered suicide? A systematically conducted literature review about palliative care professionals' experiences where assisted dying is legal. *BMC Palliative Care*, 18(1), 75. doi: 10.1186/s12904-019-0451-4
- Jonsen, A. R. (2003). Ética de la Eutanasia. *Humanitas, Humanidades Médicas*. 1(1), 103-112.
- Morita, T., Imai, K., Yokomichi, N., Mori, M., Kizawa, Y., & Tsuneto, S. (2017). Continuous deep sedation: a proposal for performing more rigorous empirical research. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(1), 146-152. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2016.08.012
- Ochoa Moreno, J. A. (2017). Eutanasia, suicidio asistido y voluntad anticipada: un debate necesario. *Boletín CONAMED-OPS*.
- Schildmann, J., Junghanss, C., Oldenburg, M., Schuler, U., Trümper, L., Wörmann, B., & Winkler, E. (2021). Role and responsibility of oncologists in assisted suicide. Practice and views among members of the German Society of Hematology and Medical Oncology. *ESMO Open*, 6(6), 100329. doi: 10.1016/j.esmoop.2021.100329
- Sterling, P., & Platt, M. L. (2022). Why Deaths of Despair are increasing in the US and not other industrial nations—Insights from Neuroscience and Anthropology. *JAMA Psychiatry*, 79(4):368-374. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2021.4209
- Tomczyk, M., Dieudonné-Rahm, N., & Jox, R. J. (2021). A qualitative study on continuous deep sedation until death as an alternative to assisted suicide in Switzerland. *BMC Palliative Care*, 20(1), 67. doi: 10.1186/s12904-021-00761-y
- Twycross, R. (2017). Regarding Palliative Sedation. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(6), e13-e15. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.01.002
- World Federation of Right to Die Societies. (2018). Statutes.