



EL TRATAMIENTO DE LA EUTANASIA EN LAS PELÍCULAS *MAR ADENTRO* Y *NO CONOCES A JACK*

Lina Maryory Cardona Ramírez
Isabel Cristina Medina Echeverri
Egresadas del Programa de Psicología
Funlam

Resumen

Este artículo presenta una reflexión en torno al tema de la eutanasia de acuerdo con lo observado en las películas *Mar Adentro* de Alejandro Amenábar y *No Conoces a Jack* de Barry Levinson, ambas basadas en hechos reales; así mismo, este documento bosqueja una revisión del trasfondo jurídico versado sobre la materia y que rige a los países donde sucedieron los hechos. Además, se muestra un breve recorrido histórico de lo acaecido en torno a esta práctica; enseguida se mencionan algunos aspectos psicológicos complementados con un escrutinio de la posición legal y religiosa de Colombia en cuanto a este tema.

Palabras clave: Eutanasia, *Mar Adentro*, 'Doctor Muerte', 'suicidio asistido', muerte digna.

Abstract

This article presents a reflection on issue of euthanasia, as such as seen in movies *Mar Adentro* of Alejandro Amenábar and *You Don't Know Jack* of Barry Levinson, both inspired on real facts; also, this document sketches a review of legal undertone versed on the subject and belonging to the countries where the events occurred. In addition, here it shows a brief historical path around this practice; immediately are mentioned some psychological aspects, intermixed with a scrutiny of the legal and religious position of Colombia, as to this topic.

Key words: Euthanasia, *Mar Adentro*, 'Dr. Death', Jack Kevorkian, demise.

Introducción

La eutanasia es uno de los temas más polémicos de la actualidad, puesto que su impronta nos toca a todos los seres humanos en el plano personal en cuanto a lo emocional, afectivo, ideológico, moral, ético y social. Es un asunto que nos afecta directa o indirectamente, a tal grado que, en algún momento,

hemos estado o estaremos en una situación límite que nos lleve a contemplarla como una salida viable al sufrimiento y al dolor personal o de un ser querido.

Sin embargo, no es tan sencillo asumir la eutanasia como parte de nuestras vidas; al contrario, es un fenómeno que debe repensarse desde la religión, la ética, la familia, la escuela, la psicología, la medicina, y por supuesto, desde la legislación de cada país.

No se puede negar que este es un tema donde se ponen en juego el derecho a la vida y el concepto de dignidad, para los cuales la ley y los diferentes credos religiosos ya tienen una respuesta que nos sumerge en sus apreciaciones, pero que en sí misma dista de ser totalmente satisfactoria, debido a que cada persona, desde su subjetividad, toma una posición referente a esta cuestión.

Por su parte, el cine siempre ha sido utilizado como un medio de expresión de las emociones y fantasías humanas; también ha servido como espejo ante el mundo para mostrar diferentes posturas: estéticas, políticas, sociales, religiosas, económicas y filosóficas; en este orden de ideas, la eutanasia es un asunto que está adoptando una mirada transversal, en la cual cada una de estas perspectivas es participante activa.

En efecto, Ramón Sampetro y Jack Kevorkian, protagonistas principales de las películas *Mar Adentro* y *No Conoces a Jack*, respectivamente, fueron dos personas muy diferentes, pero que tenían algo en común: su punto de vista frente a la eutanasia; el primero desde la posición del enfermo crónico, y el segundo, como profesional de la medicina. Es probable que nunca hayan pensado ni siquiera un instante en ocupar las pantallas del cine con sus historias, pero a través de éste, ellos dejaron el anonimato y todos hemos podido conocer su drama.

Clasificación de la eutanasia

El concepto de *eutanasia* no es fácil de abordar, puesto que existen diferentes visiones que hablan sobre este tema, unos a favor y otros en contra. Si partimos de la etimología de la palabra eutanasia, podemos encontrar que proviene del griego *euthánatos*, que significa 'buena muerte' o 'muerte dulce';

pero de manera específica podemos decir que la eutanasia es procurar la muerte sin dolor en aquellos que sufren (Pérez, 2008).

En general, eutanasia significa el hecho de provocar una muerte fácil e indolora a un paciente que está próximo a fallecer por causa de una enfermedad terminal. Existen diferentes tipos de eutanasia, entre los cuales algunos de ellos se encuentran más aceptados socialmente que otros:

- ***Eutanasia voluntaria***: Por intermedio de esta clase de eutanasia “el mismo paciente puede inducirse la muerte sin el conocimiento ni la cooperación de otras personas. Puede también ser provocado por otros a petición del enfermo o con su consentimiento libre” (Varga, 1988, p. 267).
- ***Eutanasia indirecta, negativa o pasiva***: En este tipo de eutanasia:
[Se] permite que sobrevenga la muerte sin mediar una relación directa entre la acción y el resultado. Es la omisión de un tratamiento eficaz, o sea, es el hecho de no prolongar el proceso de morir por medio de máquinas o aparatos que mantienen en vida al paciente, como por ejemplo, el respirador artificial. (Varga, 1988, p. 267)
- ***La eutanasia indirecta o pasiva***: Actualmente es aceptada por médicos, juristas y teólogos, ya que, según la doctrina cristiana, el enfermo no transgrede la voluntad de Dios, puesto que este es quien determina el día y la hora de la muerte (Küng & Jens, 1997).
- ***Eutanasia involuntaria, positiva o activa***: Sucede cuando, por el hecho de encontrarse incapacitado el paciente, se produce la muerte sin que éste la solicite (Pessini, 2008).
- ***Suicidio asistido***: Otra persona suministra los medios o asiste a quien quiere finalizar su vida (Pessini, 2008).

Por lo anterior, podemos darnos cuenta que el concepto de eutanasia es amplio y complejo, pues es probable que hayan formas de llevar a cabo la eutanasia que sean más toleradas que otras, lo cual todo el tiempo nos pone en un dilema ético y moral.

Así como se encuentra el concepto para nombrar el proceso de aceleración de la muerte sin dolor, también hay un término que define lo contrario, en cuyo caso se habla de *distanasia*. La distanasia se define como la acción, operación o práctica médica que no busca aliviar a la persona en condición de enfermedad terminal, y que extiende, en vano el sufrimiento,

buscando retardar la muerte (Pessini, 2008). A su turno, Valbuena (2008) dice que la distanasia constituye una relación de causalidad entre el médico quien ejecuta una acción y un paciente quien padece sus consecuencias, considerándose como improductivo e ineficaz.

Revisión histórica sobre la eutanasia

Al adelantar un repaso histórico se encuentra que la práctica del suicidio asistido o eutanasia no siempre ha sido rechazada.

1. Etapa Primitiva

Hay evidencia documental —de índole antropológica— que probaría que en algunos pueblos primitivos era habitual matar o abandonar a los adultos mayores y a las personas enfermas. Los esquimales realizaban una especie de ‘eutanasia voluntaria’ por medio de la cual, por elección de aquellos mismos sujetos de la tribu que se hallaban agonizantes, encerraban tres días en un iglú; empero, estas sociedades primitivas, también elaboraron códigos donde protegían a los ancianos (Alzate, Hurtado y Velásquez, 2005); posteriormente, en la Edad Antigua algunos pueblos, como los celtas, tenían dentro de sus costumbres dar la muerte a ancianos y enfermos terminales. Esta costumbre se extendió entre algunas tribus y clanes ancestrales y grupos salvajes, quienes obligaban a los hijos a aplicar la eutanasia al padre viejo y enfermo.

2. Edad Antigua

Siglos más tarde, en las Ciudades-Estado griegas se suministraba la cicuta a quienes por voluntad propia la pedían para poner fin a sus sufrimientos; tales prácticas no eran consideradas como eutanasia, sino que se las catalogaba como “ayuda a morir”. Según la historia, grandes pensadores de Grecia y Roma llevaron a cabo el suicidio eutanásico. Los estoicos tomaron el suicidio como una opción viable cuando la vida se había visto afectada por graves enfermedades o anormalidades físicas, produciendo intenso dolor (Humphry y Wickett, 2005).

Para corroborar lo anterior se cuenta que el filósofo griego Diógenes se suicidó cuando cayó gravemente enfermo; de igual manera Zenón de Sitio, fundador de la escuela estoica, se ahorcó a la edad de noventa y ocho años tras haberse caído y fracturarse un dedo; Cleantes, otro pensador estoico de la Antigüedad, dejó de comer después de que un médico se lo aconsejara como remedio para curar un flemón. Una vez se curó de dicha afección, continuó ayunando hasta que murió; y finalmente, Epicuro —de quien se dice no llegó a suicidarse— se embriagó para no tener conciencia de su muerte (Humphry y Wickett, 2005).

Es oportuno señalar que la cultura griega siempre estuvo regida por el autogobierno y que en la misma se acuñan diferentes ejemplos de eutanasia entendida como “correcto morir” (Alzate et al. 2005) Los pitagóricos, aristotélicos y epicúreos, por ejemplo, estaban en contra del suicidio; sin embargo, la influencia de Sócrates, Platón y los estoicos permitió considerarlo como una tradición digna y razonable, si bien no desconocía algunas circunstancias de sufrimiento del ser humano (Humphry y Wickett, 2005).

En el pueblo romano se presentaba una situación similar a la del pueblo griego; existía un depósito de cicuta disponible para quien deseara quitarse la vida, lo cual estaba más encaminado al suicidio que a fines eutanásicos (Alzate et al. 2005).

En Roma sólo era penalizable el suicidio irracional, era necesario contar con una razón evidente, de lo contrario se despreciaba a quien lo hiciera. Y se consideraba que el enfermo terminal que se suicidaba tenía motivos suficientes para suicidarse, debido a la desesperación a causa del dolor (Humphry y Wickett, 2005).

3. El Medioevo

En la Edad Media se hablaba de “matar por misericordia” a las personas que caían gravemente heridas en el campo de batalla o eran víctimas de pestes y epidemias; no obstante, para los cristianos medievales esta idea no era admitida; puesto que el “no matarás” era considerado como el más importante

de los Diez Mandamientos, y el dolor debía ser aceptado, ya que era la voluntad de Dios. Esta afirmación se constata con lo que (Alzate et al. 2005).

Finalmente, en la Edad Moderna el derecho público europeo está fundamentado en los principios morales de la religión católica (Alzate et al. 2005).

Etapas psicológicas del moribundo

El enfermo terminal presenta variaciones en su estado de ánimo, las cuales se deben a un proceso de transición y adaptación a la condición en la que se encuentran, estas situaciones psicológicas se dan como respuesta a la ansiedad que supone padecer la posición de moribundo (Urraca, 1996).

Debido a múltiples factores como los cambios de estilo de vida, la pérdida de control, la pobre interacción interpersonal, la pérdida de los papeles individuales y sociales, las dificultades en ejercer la autonomía y la libertad, y otras vicisitudes que facilitan las conductas inhibitorias, de dependencia y de indefensión, se produce en el enfermo terminal y su familia un gran impacto psicológico, que implica una resignificación emocional (Urraca, 1996).

Planificar un proyecto de vida es parte de cada persona; este se construye con base en los años que se espera vivir para poder cumplir todos los objetivos propuestos; por ejemplo, en el momento de un accidente o de darse cuenta que se padece una enfermedad terminal se incuba una crisis, durante la cual el individuo debe replantearse aquellas metas visualizadas, con arreglo al tiempo que quede de vida. De acuerdo con lo anterior, Pattison (1977) citado por Valdés (1994, p.91) propone que el moribundo manifiesta una trayectoria singular en su devenir hacia la muerte. Él ha estudiado con detenimiento las fases y las crisis que el paciente experimenta, a través de las cuales se puede dar o no la asimilación y aceptación de la muerte:

- **Fase Aguda:** En esta instancia se suelen conjugar varios sentimientos disímiles y súbitamente aparecidos, a la sazón descritos por Kübler-Ross (1969) citado por Valdés (1994, p.91): negación, ira y negociación. La certidumbre relativa sobre la fecha tentativa de muerte induce entonces

en el individuo esta mezcla de sensaciones, en ligazón con el surgimiento de altos niveles de ansiedad.

- **Fase Crónica Vida-Muerte:** En el instante en que el paciente confronta sus ansiedades, irrumpe en la etapa crónica de agonía existencial. En efecto, según Pattison (1977) citado por Valdés (1994, p.91), en esta etapa afloran en el individuo temores cada vez más variados e intensificados: exhibe pánico a la soledad, a la cercanía con otras personas (familiares y conocidos) y a la inhabilidad y dependencia corporales. Por cuenta de todo ello, la reacción primaria más distintiva del paciente ante esta suma de contrariedades es la ira; empero, en el presente estadio se alcanza un punto de inflexión manifiesto en el desahogo, por medio del cual se le da una ruta de escape a la zozobra hasta aquí represada, al tiempo que sus contornos emocionales comienzan a coexistir con "la esperanza, la determinación y la aceptación" (Shneidman, 1973, citado por Valdés, 1994, p.91).
- **Fase Terminal:** Valdés (1994, p. 91) cita a Pattison (1977) y explica que la fase terminal es donde la aceptación real de su muerte empieza a aparecer, aquí el moribundo comienza a ensimismarse, debido a su debilidad física.

Dichas fases del morir provocan que la persona se integre o no en el proceso. Son probablemente más lógicas y reales que los estadios que apunta Kübler-Ross (1969) citado por Urraca (1996, p.177): negación, ira, pacto, depresión y aceptación (que no suelen ser lineales). Pero, en todo caso, se han de considerar las fases que señala Sporken (1978) citado por Urraca (1996, p.177), más acordes con el contexto europeo: ignorancia, inseguridad, negación implícita, información, negación explícita, rebelión, regateo, depresión y aceptación de la muerte. Rodabough (1980) citado por Urraca (1996, p.177) hace hincapié en los atributos de la personalidad del moribundo que inciden en la alternancia de las fases. En consecuencia, este último autor alude a las disyuntivas que despierta la eutanasia en lo tocante al tratamiento farmacológico convencional del dolor:

En muchas ocasiones se nos presenta la eutanasia como un dilema que pueden adoptar los enfermos incurables (no solo los terminales) o sus familiares sustentado en los constantes, incontrolados e insoportables dolores y sufrimientos. Ello puede acontecer cuando los profesionales de la salud acallan cualquier queja o demanda con la utilización excesiva de analgésicos y en contra

de su propia conciencia y en contra de lo que ellos saben que interesa a los mismos enfermos. (Urraca, 1996, p.178)

En concordancia con estas reflexiones, vale la pena destacar las investigaciones de una de las primeras personas que se interesó en el cuidado psicológico de los enfermos terminales, la doctora Elisabeth Kübler-Ross, una psiquiatra y escritora suizo-estadounidense cuya lógica fue simple; su interrogante residía en que lo que se quería saber de los enfermos había que preguntárselo a éstos, y encontró que no sólo accedían a hablar, sino que se mostraban sumamente aliviados al hacerlo. A partir de doscientas entrevistas, identificó cinco "etapas del morir", que de acuerdo con la gravedad o la aceleración del proceso de morir, pueden variar en cuanto al orden y el tiempo (Kraus, y Álvarez, 1999).

Escobar (1998, pp.53-54) cita a Kübler-Ross (1969) y define las etapas que ella plantea:

- *La fase de negación y aislamiento:* el paciente se resiste a aceptar el diagnóstico realizado por el médico en forma total, parcial o selectiva.
- *Fase de Ira:* Debido a que el paciente presenta niveles de agresividad dirigidos a sus familiares y personal médico, es difícil de afrontar para quienes lo rodean.
- *Fase de regateo o pacto:* En esta fase el paciente se caracteriza por realizar pactos especialmente con Dios con el fin de prolongar su vida, muestra cierta tranquilidad, y reconoce su realidad.
- *Fase de depresión:* En esta fase, el paciente presenta una sensación de pérdida. Es la reacción más duradera e importante. Recuerda el pasado y se enfoca en su incapacidad para las acciones y funciones cotidianas. Se muestra intranquilo frente al futuro y comienza a renunciar gradualmente a todo lo que le rodea.
- *Fase de aceptación:* El paciente acepta su destino tranquilamente sin ira y tristeza. Prefiere las visitas cortas y que no lo inquieten con noticias del mundo exterior.

El perfil psicológico del paciente terminal

En nuestra época se han producido notables cambios sociales y culturales que han repercutido en el perfil psicológico de los pacientes terminales, algunos de estos factores pertenecen a las órbitas poblacional y médica: dentro de los primeros cabe destacar el envejecimiento de la población estimulado por los descensos en las tasas de mortalidad y morbilidad, aunadas por la prolongación de la esperanza de vida. Por parte de los segundos vale la pena nombrar los inmensos adelantos tecnológicos en todas las especialidades de la medicina, los que han permitido una profundización muy positiva de la eficacia en los tratamientos clínicos, a tal punto que se puede mantener artificialmente la vida de los pacientes terminales durante más tiempo (Urraca, 1996).

Lo relatado hasta aquí comprende un conjunto de hechos que enmarcan las dinámicas cotidianas de todas las personas en el seno de la sociedad contemporánea, y que acentúan los requerimientos de los enfermos; por ende, es pertinente resaltarlos para comprender las situaciones que rodean al enfermo terminal y sus consiguientes reacciones. En consecuencia, el fortalecimiento de estas dinámicas de transición demográfica e innovaciones tecnológicas han posibilitado respuestas en otros terrenos, como lo son el sociológico y el psicológico:

- En lo sociológico: La creciente secularización y desencanto que acompañan al progreso; el reconocimiento colectivo del derecho a la libre disposición del propio cuerpo y de la autonomía individual como manifestación de un renovado acceso a mayores derechos; aparte de ello, se han plasmado importantes modificaciones en los *modus vivendi* de la sociedad, cuyo centro es la demanda por mayor calidad de vida (Urraca, 1996).
- En lo psicológico: La despersonalización del morir y de la muerte y la insistencia en el bienestar de los pacientes, en aras de que no se alargue estérilmente el dolor que acarrea una hospitalización dilatada, con efectos psíquicos y emocionales que perjudiquen a los pacientes y a sus familias, son facetas que reconfiguran este patrón, puesto que las nuevas percepciones acerca de las expectativas de una vida y de una muerte dignas tienden a ser menos arbitrarias e intrusivas con respecto a la decisión y al sentir individuales, respectivamente (Urraca, 1996).

No obstante, como resultado de circunstancias disímiles, a las personas viejas y a los moribundos se les busca acomodo en centros hospitalarios o geriátricos, y así no tienen cabida en el núcleo familiar, especialmente en las grandes urbes; esto casi siempre presupone desarraigo, separación, aislamiento y desavenencia en lo concerniente a la familia y la sociedad; aunque éstos centros ofrecen compensaciones asistenciales y sanitarias relevantes (Urraca, 1996).

Así, el perfil psicológico del enfermo terminal se deriva de la conformación de todo este cúmulo de variables. A propósito de todo ello, y aunque existe un patrón comportamental generalizable a todos los enfermos terminales, hay características y estereotipos que se pueden resumir en las siguientes categorías, acordes a las que Urraca (1996) ha compendiado exhaustivamente:

Sentimientos de angustia, tristeza y pena, mayor vulnerabilidad ante los cambios sociales físicos y personales percibidos, una gran soledad no buscada, sensación de dependencia e incapacidad, inadaptación al proceso lacerante del morir, percepción de rechazo u olvido, miedo al dolor y al sufrimiento, complot del silencio, temor a permanecer suspendido en estado vegetativo, estados de estrés y depresión, miedo a no poder controlar la situación amenazante, pérdida de autoestima, preocupación obsesiva por las repercusiones de la enfermedad irreversible y de la muerte en los familiares, temor al incierto futuro, sentimiento de culpa, carencia de motivación para seguir viviendo, ansiedad ante la muerte (p. 170).

Sin embargo existen enfermos terminales que, con base en sus sistemas de valores y creencias propias, toman este proceso con valentía, madurez, resignación y esperanza; para muchas personas la religión les permite aminorar los miedos y soportar las pérdidas. Así mismo, también abundan aquellos que prefieren rechazar los tratamientos invasivos, los cuales no buscan mejorar la salud, sino alargar el sufrimiento, considerado como condiciones indignas de una enfermedad terminal (Urraca, 1996).

Ante una enfermedad terminal, las relaciones interpersonales y las actividades cotidianas realizadas por el paciente se ven afectadas, lo cual, incrementa los temores y las incertidumbres; ello redundando en que el tiempo de vida se vea limitado, originándose un menoscabo del dolor en la dimensión cualitativa. Muchos de sus deseos se convierten en inalcanzables, cunde la desesperanza y se generan sentimientos de inutilidad, carga social y económica. Se encuentra que incluso la misma relación del enfermo con los profesionales

tratantes puede generar malestar, distanciamiento, inseguridad y baja autoestima (Urraca, 1996).

A partir de los pormenores expuestos, se denota el carácter polifacético de la experiencia por la que atraviesa un enfermo terminal, y desde la cual se subraya inequívocamente que las variaciones en la intensidad, la valoración, la percepción y la anticipación del rumbo venidero del dolor, no son solo ocasionados por causales fisiológicas, sino que también se condicionan por obra de la intervención de factores psicológicos-sociales.

Situación actual de la eutanasia en España y Estados Unidos

Teniendo en cuenta que las películas *Mar Adentro* y *No Conoces a Jack*, son casos reales desarrollados en España y Estados Unidos respectivamente y que, empero, causaron enorme conmoción en el mundo entero, reviste gran importancia esbozar una breve revisión de la situación actual del andamiaje jurídico que rige a éstos dos países en cuanto a la eutanasia.

1. España

La lectura del *Código Penal del Estado Español*, (CPEE, también conocido como la *Ley Orgánica 10/1995*) arroja, como interpretación inicial del artículo 143; la concepción precisa de esta norma se asienta de modo explícito y resuelto sobre la sanción severa, la que en esencia queda reducida a su ámbito carcelario, según proviene de los numerales 1, 2 y 3, que se citan a continuación:

1. *El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.*
2. *Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.*
3. *Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.*

Si un tercero lleva a cabo la persuasión, la colaboración instrumental y/o la ejecución de iniciativas que supuestamente cumplan la pretendida voluntad postrera de la víctima de dolencias irreversibles, estas serán consideradas

punibles, y por tanto, el castigo recaerá sobre aquel, ya que los realizó por cuenta propia, es decir, de manera impulsiva, cuando el paciente terminal nunca manifestó su consentimiento, ni solicitado en ningún momento la comisión de dichos actos en su propia persona. Se antoja que el responsable de estas acciones obtiene penas análogas a las que cobijan al causante de un homicidio culposo.

El cuarto numeral, sin embargo, suaviza en parte las implicaciones sancionatorias que promulgan tajantemente sus predecesores, pues concede una ligera rebaja de la pena si media alguna prueba documentada de que la decisión de quitar la vida para cortar de tajo el sufrimiento exacerbado *provino del mismo enfermo*. A pesar de ello, quien auxilie la materialización de este acto se convierte de manera implícita en cómplice de estos hechos a los ojos de la legislación penal ibérica, tal como lo indica el siguiente fragmento:

4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a los señalados en los números 2 y 3 de este artículo.[Subrayado nuestro].

Una excepción que emana de estas previsiones de la jurisprudencia penal española es la que exime a los testigos presenciales de lo que se podría catalogar como ‘suicidio eutanásico’, puesto que cuando éste ocurre, se asume que es realizado como ‘autoliberación’ por parte del paciente terminal, sin perjuicios legales futuros para las personas que están junto a él en calidad de acompañantes pasivos.

Entonces, a la luz de esta óptica jurídica, la muerte de Ramón Sampedro fue supuestamente un suicidio asistido porque al ser tetrapléjico, ‘una mano amiga’ tuvo que prepararle la bebida letal, acercarle el vaso con una pajita para que más tarde pudiera beber. El suicidio asistido está penado en el artículo 143 del Código Penal, puesto que, recalamos, supone “realizar una acción necesaria y directa”, imprescindible para el acto del suicidio.

De forma mordaz, Pedrós, F.; soler, P.; Marín, F & Teigell, (2012) sugieren la manera cómo “podemos acompañar el suicidio de un familiar o de un amigo, libres de sospecha penal”, al rehusar intervenir en la concreción de un suicidio

de esta índole, el cual solo se atestiguará de manera impávida, pues si se participare con alguna clase de actividad, comenzaría a incurrirse en un ilícito.

2. Estados Unidos: el Estado de Oregón

En diferentes estados de Estados Unidos se realizan campañas para impulsar la despenalización del suicidio asistido. En el estado de Oregón, en 1994, la *Oregon Death with Dignity Act* (ODDA)¹ aprobó la legalización de esta práctica con el 51% de votos. Al año siguiente esta actividad fue declarada inconstitucional, pero dos años más tarde se retomó nuevamente y fue declarada exequible, esta vez con el 60% de los votos (Sánchez y López, 2006).

Sánchez y López (2006) mencionan que la Ley ODDA [1997] siempre se refiere “al derecho a morir dignamente”, puesto que ésta en ningún momento habla de ‘suicidio asistido’. Sánchez y López (2006) señalan que los requisitos establecidos para realizar dicha práctica son los siguientes:

- Debe ser una persona con una enfermedad terminal con un periodo de vida inferior a seis meses.
- Debe tener la mayoría de edad (18 años) y estar en pleno uso de sus facultades mentales.
- Que en un intervalo de mínimo dos semanas haya hecho dos peticiones de asistencia al suicidio por escrito y acompañado de dos testigos, de los cuales uno debe ser alguien externo a su núcleo cercano.
- Dos médicos (el que le atiende y un consultor) deben certificar por escrito que el paciente se encuentra emocionalmente estable (sin depresión).
- Los médicos pueden formular la dosis letal, sin embargo, es el paciente quien debe tener la capacidad de ingerirlo por sus propios medios. Por lo anterior, no es necesario que los médicos estén presentes en el momento del suicidio.
- El médico tiene que presentar un informe.

¹State of Oregon, (1997, septiembre 18), *The Oregon Death with Dignity Act*. En: “What is the *Oregon Death with Dignity Act?*”, *Euthanasia; Pro.Con.org*

URL: <http://euthanasia.procon.org/sourcefiles/ORDeathWithDignityAct.pdf>

En otros Estados, como Maine y Michigan, aún continúa el debate sobre la legalización del suicidio asistido (Sánchez, y López, 2006).

El propio juramento de Hipócrates, padre de la Medicina moderna, ordena que no se pueda suministrar un veneno mortal a alguien, aunque sea el mismo afectado quien lo pida. Y es que el debate es tan antiguo como la cultura humana. Pero ninguna nación ha podido legislar de una manera tal que se den respuestas satisfactorias a quienes se ubican en los extremos de tal decisión. Sólo en Holanda está permitida la eutanasia activa voluntaria a enfermos terminales que lo soliciten por escrito y firmen un documento muy exigente. En Alemania y Austria los médicos pueden ayudar a morir indirectamente al paciente que lo pida (Distanasia); en Oregón, Estados Unidos, se aprobó un referéndum autorizando el suicidio asistido desde 1994 y una ley similar fue aprobada un año después en Austria (Lozano, 1998, p. 18-19).

En conclusión, este repaso a los trasfondos legales atinentes con el derecho a una muerte indolora, reviste mucha polémica, puesto que la unidad de criterio no se ha asentado con unanimidad; se erigen muchas prevenciones con respecto a los límites que se autorizan para el rol eventual de ayuda proporcionada por terceros; asimismo, la gestión de los procesos de cumplimiento de las decisiones eutanásicas residen en los médicos, confrontados a una formalización dispendiosa y con algunos riesgos y equívocos que no han sido aclarados, los cuales podrían dar al traste con sus carreras, o al menos, supeditarlos a investigaciones disciplinarias y profesionales ante los Tribunales de Ética, toda vez que hayan errado en el procedimiento.

El ámbito de la Federación Mundial de Asociaciones pro-derecho a morir dignamente

A partir de las dificultades y controversias generadas por el tema de la eutanasia, se fundó en el año 1980 en Oxford, Inglaterra la Federación Mundial de Asociaciones Pro Derecho a Morir Dignamente (FMAPDMD), a la cual actualmente pertenecen 37 organizaciones de 22 países (Pérez, 2008).

En vista de que los Estados no han sido suficientemente proactivos ni ágiles en materia de facilitación legal y/o institucional de las políticas sobre eutanasia, los frentes de trabajo de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) abocadas a este tema son muy variados, ya que comprenden el diseño y el impulso a proyectos de ley sobre testamentos vitales u otras directrices médicas anticipadas que propendan por legalizar la prestación de ayuda médica

idónea y regulada, mientras que otras asociaciones se centran en obtener el derecho legal a la ayuda médica en el momento de la muerte, ya sea por suicidio médicamente asistido o eutanasia voluntaria (Pérez, 2008).

Todo esto ocurre en medio de una atmósfera de comunicación y cooperación entre sus asociados y otros entes interesados. Los vehículos con los cuales se despliegan estas dinámicas son (Pérez, 2008):

(...)La celebración de conferencias sobre temas relacionados con la muerte y al morir, al derecho a morir dignamente y los cuidados del moribundo; proporciona asistencia a grupos o individuos interesados en establecer asociaciones pro muerte digna en países donde no existen actualmente; se reúne cada dos años en un Congreso Internacional organizado por una de las asociaciones que son miembro (Pérez, 2008, p. 189).

Los países en donde hace presencia la Federación Mundial de Asociaciones Pro Derecho a Morir Dignamente son: Australia, Bélgica, Gran Bretaña, Canadá, Colombia, Finlandia, Francia, Alemania, India, Israel, Italia, Japón, Luxemburgo, Holanda, Nueva Zelanda, Noruega, España, Suecia, Suiza, USA y Zimbabwe (Pérez, 2008).

En Colombia, la Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente, es quien está asociada a esta Federación Mundial. El trabajo de esta filial está centrado en:

- Difundir los derechos de los pacientes, específicamente el derecho a recibir suficiente información de su diagnóstico médico, con el fin de poder participar en las decisiones que deban tomarse durante el tratamiento de la enfermedad y evitar la prolongación inútil de la vida y el sufrimiento innecesario.
- Generalizar el conocimiento del documento “Esta es mi voluntad” como medio para expresar la voluntad de la persona y su determinación de no someterse a medidas extremas en caso de enfermedad y así exonerar de toda responsabilidad decisoria sobre su vida a familiares, médicos o instituciones.
- Asesorar a los familiares y pacientes con enfermedad terminal para hacer efectivo el cumplimiento de las disposiciones hechas por el paciente.
- Promover procesos de comunicación a través de conferencias, talleres y grupos de estudio enfocados al cuerpo médico, profesionales de la salud y estudiantes, sobre la atención que deben recibir los enfermos terminales y la importancia del dialogo franco entre paciente, médico y familia.²

² FUNDACIÓN PRO DERECHO A MORIR DIGNAMENTE (DMD), *Objetivos, Misión y Visión*, Colombia.
<http://www.dmd.org.co/objetivos.html>

Sinopsis de *Mar adentro* y *No Conoces a Jack*. Dos perspectivas biográficas y fílmicas sobre la eutanasia

En esta sección se inquirirá en los contornos de mayor relieve sobre los que hacen hincapié las películas auscultadas, toda vez que ambas se originan en una semblanza vivencial de sus protagonistas.

1. Ramón Sampedro en el contexto del guion de *Mar Adentro*

Mar Adentro es una película protagonizada por Javier Bárdem, quien le dio vida al personaje de Ramón Sampedro, un tetrapléjico que pasó casi treinta años de su vida solicitando su derecho a morir dignamente. Este caso causó gran conmoción en el mundo; su devenir activó los debates sobre la eutanasia y motivó que Alejandro Amenábar quisiera mostrar su historia en el cine.

Ramón Sampedro nació en Xuño, Puerto del Son, el 5 de enero de 1943; a la edad de 25 años sufrió un accidente: cayó en el agua desde una roca y la marea había bajado. El choque de la cabeza contra la arena le produjo la fractura de la séptima vértebra cervical, ocasionando que quedara tetrapléjico para el resto de su vida. A partir de este momento comenzó su lucha para obtener una muerte digna, pues para él, vivir así era un infierno (Bau, 2012).

Ramón era miembro de una familia conformada por su padre, un hermano, una cuñada y un sobrino adolescente; su cuñada era quien se encargaba de todas sus necesidades y lo atendía con mucho cariño; en general era una familia amorosa, unida, con buena comunicación; se notaba de parte de todos un gran afecto y consideración hacia Ramón, pero para él, esto no le daba sentido a su vida, pues su decisión desde el momento del accidente siempre fue querer una muerte digna.

Sampedro (2004) relata su experiencia vital en su libro *Cartas desde el Infierno*, donde expresa:

Al principio, solo piensas en liberarte. Sólo hay dos alternativas: convertirte en un ser absurdo, ser lo que no deseas ser, un habitante del infierno; o ser coherente con la utopía de la vida. Liberarse del dolor, buscar el placer a través

de la muerte. Me decidí por la liberación, no como lo negativo sino como lo positivo: buscar algo mejor.

Lo primero que expresaron mis padres cuando les dije que deseaba la muerte fue que ellos me preferían así a perderme para siempre. No hay forma de escapar, la gente no quiere tocar el tema. La ley prohíbe. Y el ¡yo no soy capaz de prestarle la ayuda que me pides! Prevalece como la voluntad de una ley invisible sobre la personal.

Ésa fue la primera vez que me encontré con el muro impenetrable del paternalismo bienintencionado. No quiero decir que mis padres, familiares y amigos no sientan lo que afirman, lo que digo es que no tienen el derecho de que prevalezca su deseo y voluntad sobre los míos (p.4).

En una de las entrevistas que le fueron realizadas a Ramón, para explicar las razones por las cuales él consideraba que era mejor estar muerto, dice:

Durante los últimos 25 años mi vida ha sido una rutina. Mi vida es darme la vuelta en la cama cada tres horas, que me den la comida, que me limpien, que me pongan sondas, que me quiten sondas, que me den antibióticos y antisépticos. Esto es todo y no hay nada más... mi vida no tiene valor para mí... yo no tengo dolor físico, sí algunas molestias. Pero el dolor psicológico es insufrible. No sé si habrá visto usted una película en la que para torturar a un ser humano lo atan a un cadáver. La situación mía, de un tetrapléjico, es algo parecido: es estar con tu cabeza pegada a un cadáver. Un cadáver del que no puedes despegarte. Y así eternamente (Bayés, 2006, pp. 175-176).

En cuanto al círculo social de Ramón, a medida que pasaba el tiempo, perdía contacto con sus amigos más cercanos; tenía una amiga, la que más lo había acompañado en su proceso y quien en un principio ayudó a Ramón en su lucha; esta amiga, Diana, conocía a una abogada, Julia (Belén Rueda), a quien le comentó el caso de Ramón, con el que inmediatamente se identificó, puesto que padecía una enfermedad terminal que poco a poco la dejaba sin funciones motoras, y más adelante, sin funciones cognitivas; Julia compartía con Ramón la idea de que vivir de esta manera era como estar en el mismo infierno, y que la muerte era la mejor manera para terminar con este sufrimiento. Así, Diana planeó un encuentro en el cual Ramón le expresó a Julia su deseo de ir ante la Corte para solicitar la eutanasia y poder morir dignamente.

Ramón agotó todos los recursos legales posibles para aliviar sus sufrimientos físicos y psíquicos. Acudió ante el Juzgado N°5 de Barcelona, se presentó ante el Tribunal Constitucional, ante el Tribunal de Estrasburgo, pero fue una lucha sin éxito. Finalmente la Audiencia de La Coruña estableció (27/11/1996) que Ramón Sampedro, a pesar de los veintiocho años que llevaba postrado en la cama, no tenía derecho a solicitar tal ayuda (Bayés, 2006).

Después de haberlo intentado todo por los medios legales, Ramón Sampedro decidió poner fin a su vida en el pueblo de Boiro (A Coruña), con la ayuda de su amiga y cuidadora en sus últimos meses de vida, quien puso a su alcance un vaso con cianuro potásico para que pudiera beberlo.³

Ramona Maneiro, quien en la película de Amenábar era representada por Lola Dueñas y se llamaba Rosa; fue detenida por cooperación necesaria al suicidio, sin embargo, posteriormente fue dejada en libertad por insuficiencia de pruebas. Cinco años después ella declara ante los medios tener responsabilidad en el hecho; intentaron reabrir el caso, pero no fue posible por vencimiento de términos (Ares, 2005).

En un documento que redactó Sampedro, dirigido a las autoridades políticas y religiosas pocos días antes de morir, describe su sufrimiento padecido durante veintinueve años, cuatro meses y algunos días, documento donde vuelve a poner de manifiesto su posición frente a la vida como un derecho y no como una obligación, por lo cual anuncia su decisión de darle fin a su “humillante esclavitud.”⁴

2. Un perfil de Jack Kevorkian

No conoces a Jack es una película realizada para la cadena de televisión Estadounidense HBO, donde se muestra la historia real del doctor Jack Kevorkian. Narra la historia de su lucha en el Estado de Michigan, a favor de la muerte digna, de la ayuda al suicidio y de la eutanasia.

Jack tuvo que ver padecer los grandes sufrimientos de su madre, y a partir de esta historia personal, se da cuenta de que los médicos también deben de tener la labor de ayudar a morir con dignidad y sin dolor a cualquier paciente que esté atravesando por una enfermedad terminal. Kevorkian nace en Michigan, Estados Unidos el 26 de Mayo de 1928, hijo de armenios exilados; terminó su doctorado en medicina en 1952 (Ormaetxea, 2010).

³“Ramón Sampedro”, *Derecho a Morir Dignamente. Asociación Federal (AFMD)*, España.
URL: http://www.eutanasia.ws/nombres/ramon_sampedro.html

⁴“Ramón Sampedro”, *Derecho a Morir Dignamente. Asociación Federal (AFMD)*, España.
URL: http://www.eutanasia.ws/nombres/ramon_sampedro.html

Los inicios de Jack Kevorkian en la práctica de la eutanasia, tienen lugar en 1980 en la prensa Alemana, en donde defiende sus ideas sobre el tema. En 1991 le retiran su licencia para ejercer la medicina debido a que ya desde el año anterior había empezado a practicar la eutanasia a enfermos en estado terminal, y otras víctimas de enfermedades crónicas, dando asistencia a aproximadamente 130 pacientes hasta 1998 (Ormaetxea, 2010).

Durante este tiempo, crea dos máquinas para atender suicidios, el *Thanatron*, un sistema a través de cuerdas, para que fueran los mismos pacientes quienes pusieran fin a su vida, ya que lo ilegal era que él lo activara, y el *Mercitron* (de la palabra inglesa *mercy*: compasión), máquina con la que los enfermos, inhalando monóxido de carbono a través de una máscara, se suicidaban. Algo para resaltar de Kevorkian era su recomendación y hábito constantes de nunca separarse de un paciente que, en el momento de asistir la muerte de él, siendo inclusive quien daba aviso a las autoridades (Ormaetxea, 2010).

A pesar de que no contaba con su licencia para ejercer la medicina, los pacientes seguían buscándolo para adelantar el final de su vida, debido a enfermedades incurables que cada vez eran más degenerativas o por que sufrían dolores intolerables. Kevorkian siempre contó con la colaboración de su hermana, de la presidenta de la asociación *Hemlock Society*, de su abogado y de un amigo que administraba su propia tienda de suministros médicos. (Ormaetxea, 2010).

Uno de los episodios más dicientes e ilustrativos de la intrépida conducta de Kevorkian como médico y terapeuta fue el siguiente: “En 1998, Thomas Youk, paciente de 52 años con Esclerosis Lateral Amiotrófica, pone fin a su sufrimiento bajo el suministro de una inyección letal por parte del doctor Kevorkian, quien decide grabar y publicar este procedimiento, con el fin de retar a la justicia para que tomaran medidas en su contra.” (Ormaetxea, 2010).

En 1999 Kevorkian es conducido a juicio, donde es acusado de homicidio en primer grado, de ejercer la medicina y de manipular sustancias prohibidas sin las debidas licencias; entró en el tribunal disfrazado con una toga del siglo

XVII y una peluca empolvada y atado a la réplica de un cepo al que se ataba a los reos que se rebelaban contra la intolerancia religiosa de la Iglesia. Jack Kevorkian renuncia a la defensa y la asume personalmente. Se le condena a una pena en prisión de entre 10 y 25 años. Kevorkian sigue firme en su posición de brindar ayuda a los enfermos terminales y por no renunciar a sus principios se le niega la posibilidad de quedar libre bajo fianza en repetidas ocasiones (Ormaetxea, 2010).

El doctor Kevorkian, en una de sus múltiples declaraciones a raíz de este litigio, se atrevió a afirmar en televisión que “los médicos siempre juegan a ser Dios”, y no se dan cuenta que ayudar al buen morir también es una de sus obligaciones como profesionales de esta disciplina.

Finalmente, en el 2006, después de aproximadamente 8 años de prisión, es dado en libertad por haber contraído hepatitis C en Vietnam cuando manipulaba muestras de sangre en trabajos de investigación. A cambio renuncia a asistir enfermos terminales, dedicándose a defender el derecho a morir con dignidad como activista de esta causa. (Ormaetxea, 2010).

En esta película, se nota un marcado señalamiento y acusación por parte de los grupos religiosos, aspectos que se muestran en una escena donde Kevorkian, al salir de su casa acompañado de su hermana, es acosado por una multitud que dice que solo Dios puede crear y destruir y le preguntan con insistencia: — “¿No tiene religión, no tiene dios?” Kevorkian se da media vuelta y responde: — “Claro que sí, sí tengo religión y se llama Bach, Johan Sebastian Bach, y al menos mi Dios no es inventado.”

Bayés (2006) en su libro *El suicidio asistido y la eutanasia. Afrontando la vida, esperando la Muerte*, dedica un espacio para hablar sobre el doctor Jack Kevorkian, conocido como el “Doctor Muerte”. Menciona que el forense Llubisa Dragovic (2000), practicó autopsias a por lo menos 38 casos atendidos por Kevorkian, de los cuales, cuenta que sólo diez de ellos estarían en condición de enfermedad terminal; veinticinco tenían signos de enfermedades crónicas, y en tres de ellos, no se encontró presencia de alguna afectación del cuerpo, por lo que existe la posibilidad de que las personas solicitaran la asistencia al suicidio bajo un diagnóstico errado.

De los 130 casos de suicidio asistido realizados por Kevorkian, se realizó un informe descriptivo de 69 de ellos, que evidencian, de acuerdo a la autopsia practicada, que el 25% eran pacientes terminales, el 72% habían experimentado un deterioro de salud reciente que pudo haber influido en su deseo de finalizar su vida; algo que llama la atención es que un 71% de los casos eran mujeres y en las tasas de suicidio se encuentra que la mayoría de los suicidios son llevados a cabo por los hombres (Bayés, 2006).

La eutanasia en Colombia

En Colombia, en el contexto de la arquitectura jurídica nacional, la despenalización de la eutanasia se reglamenta a partir del año 1997, como producto de la promulgación de la *Sentencia C-239* de la Corte Constitucional. La discusión comienza a raíz de una demanda que interpuso una persona que consideraba que la pena otorgada al homicidio por piedad era demasiado benévola, por lo tanto, se debía considerar inexecutable constitucionalmente esta norma. Esta demanda estaba dirigida específicamente a los siguientes extractos del Código Penal Colombiano (CPC), los que atañen a las tipificaciones del ‘Homicidio por Piedad’ (Artículo 106, CPC) y de la *Inducción o Ayuda al Suicidio* (Artículo 107, CPC), los cuales abordan, en paralelo, los aumentos de las penas que corresponden a estos delitos, y que en promedio se triplicaron.⁵

La Corte examinó detenidamente esta demanda y llegó a la conclusión de que el legislador podía considerar “el fin altruista del homicida”, ya que, lo que se busca en el homicidio piadoso es aliviar la situación dolorosa bajo la que se encuentra el paciente, más que la muerte en sí misma (Gaviria, 2005).

⁵ A continuación se desglosan textualmente los artículos 106 y 107 del CPC que abordan la caracterización de la eutanasia como un tópico susceptible de ser sancionado por la legislación penal colombiana:

Artículo 106. Homicidio por Piedad. *Penas aumentadas por el artículo 14 de la Ley 890 de 2004, a partir del 1o. de enero de 2005. El texto con las penas aumentadas es el siguiente: > El que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, incurrirá en prisión de dieciséis (16) a cincuenta y cuatro (54) meses.*

Artículo 107. Inducción o Ayuda al Suicidio. *Penas aumentadas por el artículo 14 de la Ley 890 de 2004, a partir del 1o. de enero de 2005. El texto con las penas aumentadas es el siguiente: > El que eficazmente induzca a otro al suicidio, o le preste una ayuda efectiva para su realización, incurrirá en prisión de treinta y dos (32) a ciento ocho (108) meses. Cuando la inducción o ayuda esté dirigida a poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, se incurrirá en prisión de dieciséis (16) a treinta y seis (36) meses.*

La norma que penaliza el “homicidio por piedad”, corresponde al Código Penal de 1980, por lo cual, fue necesario revisar si era congruente con las normas establecidas en la Constitución de 1991, donde se concluye que era inconstitucional debido a que actualmente se considera el libre desarrollo de la personalidad como un derecho y que se constituye a Colombia en una sociedad pluralista (Gaviria, 2005).

Según refiere Gaviria (2005), en el momento de la votación, se dividió la Corte, quedando cinco votos a favor y cuatro en contra; de esta manera se concluyó que la persona que realizara el homicidio por piedad bajo unas condiciones muy específicas, no podía ser penalizada. Las condiciones en las que el homicidio por piedad no es punible son:

- Que sea una enfermedad incurable y además terminal que esté produciendo un grave sufrimiento al paciente.
- La solicitud debe ser realizada exclusivamente a un médico, además la persona que lo solicite debe estar en pleno uso de sus facultades mentales.

Aunque en el fallo la Corte le pidió al Congreso reglamentar el tema de la eutanasia, aún no se ha hecho. Lo deseable, según la Corte Constitucional, sería una Ley donde se establecieran los derechos del paciente, pero también se tenga en cuenta la autonomía del médico, porque si la eutanasia es una práctica que va en contra de sus principios morales, nadie lo puede obligar a hacerlo. También sería necesario que esta Ley regule quién debe determinar que la enfermedad es incurable, terminal, y que quién lo solicita goza de su razón.

Dentro de los obstáculos que se han presentado para reglamentar la eutanasia en Colombia, se encuentra una gran influencia de la Iglesia Católica, la cual, cuando sabe que se va a impartir una Ley sobre este tema, envía cartas personales a los congresistas advirtiéndoles que es ‘una conducta inmoral’. A pesar de que hay opiniones a favor de la eutanasia, se sigue presentando mucha resistencia, prejuicios y prevenciones que no permiten que el legislador actúe con tranquilidad (Gaviria, 2005).

La posición de la Iglesia Católica frente a la decisión de la Corte Constitucional y respecto a la eutanasia, es de rechazo; la iglesia dice que:

No es moralmente lícita la acción que por naturaleza provoca directa o intencionalmente la muerte del paciente. Por consiguiente, jamás es lícito matar a un paciente, ni siquiera para no verlo sufrir, aunque él lo pidiera expresamente. Ni el paciente, ni los médicos, ni el personal sanitario, ni los familiares tienen la facultad de decidir o provocar la muerte de una persona; dice que tampoco es lícito negar a un paciente la prestación de cuidados vitales sin los cuales seguramente morirá, aunque sufra de un mal incurable (Alzate et al. 2005, p. 46).

Conclusiones

El dolor y el sufrimiento intolerable, tanto físico como psicológico, experimentado por enfermos crónicos y/o terminales, es una de las causas por las cuales se llega a considerar la eutanasia como una posibilidad de escape a estos padecimientos. Sin embargo, vemos como también estos pacientes, independientemente de sus decisiones subjetivas, se ven alienados por discursos religiosos, morales, éticos, jurídicos, que los juzgan por asumir tal decisión, pues es claro que la eutanasia, en cualquiera de sus formas, para muchas personas es visto como un homicidio o un suicidio, cuestiones que hoy en día generan gran controversia en diferentes ámbitos.

Es paradójico que Colombia, siendo un Estado Social de Derecho, en donde desde el año 1997 está aprobada la eutanasia, hasta ahora no haya sido legalizada, y sea la religión quien ha influido considerablemente en la obstaculización de la creación de una ley de regulación a esta práctica por parte del Congreso, pues si bien se respetan los diferentes credos y son libres de expresar sus posiciones, éstos no deben imponer su ideología a aquellos que no la comparten.

Al buscar los aportes de la Psicología frente al tema de la eutanasia, se observa que se ha asumido una posición pasiva, donde la información específica sobre este asunto es muy poca y está encaminada a la atención de enfermos terminales y/o crónicos, más no hacia una teorización específica sobre las personas que toman esta decisión y el apoyo terapéutico a éstas y sus familias. Teniendo en cuenta que el objeto de estudio de la Psicología es el ser humano, y que este tema toca directamente su subjetividad, es necesario brindarle mayor relevancia a este asunto y ser partícipes activos de los debates que se dan también en otras disciplinas.

El cine como séptimo arte, donde se respeta la libertad de expresión y creación, tiene gran acogida por diferentes tipos de público en el mundo entero, independientemente de las creencias, cultura e ideología, permitiendo que se generen procesos de identificación con los personajes de las historias proyectadas, logrando ampliar las percepciones del mundo sobre las diversas situaciones que se viven. Debido a la proyección de los casos de Ramón Sampedro y Jack Kevorkian en el cine, se pudo conocer más de cerca las condiciones de la práctica de la eutanasia desde perspectivas diferentes, pues se pueden observar aspectos como lo son lo familiar, lo social, lo político, religioso, psicológico, emocional, moral, ético, médico, legal, entre otros; influyendo en la activación de las discusiones sobre este tema que siguen estando vigentes.

REFERENCIAS

- Alzate, A., Hurtado, G. & Velásquez, R. (2005). *La Eutanasia en Colombia: Visión General e Implicaciones Jurídicas*. (Monografía de grado). Fundación Universitaria Luis Amigó. Medellín.
- Ares, S. (2005). "Ramona Maneiro no será juzgada por ayudar a Sampedro a Morir", *La Voz de Galicia*. Recuperado de <http://www.lavozdegalicia.es/hemeroteca/2005/03/16/3554117.shtml>
- Artículo 143 de la Ley Orgánica 10 de 1995 del Código Penal del Estado Español. p. 83
Recuperado de http://www.ub.edu/dpenal/CP_vigente_2013_01_17.pdf
- Bau, A. (2012). Disponibilidad de la propia vida: 14 años después de Ramón Sampedro. *Revista Derecho a Morir Dignamente*, 60(1), 29. Recuperado de http://www.eutanasia.ws/_documentos/Revista/REVISTA60.pdf
- Bayés, R. (2006). *Afrontando la vida, esperando la Muerte*. Madrid: Alianza Editorial.
- Bovaira, F. (Productor), & Amenábar, A. (Director). (2004). *Mar Adentro*. [Cinta cinematográfica]. España: Sogecine / Himenóptero / UGC Images / Eyescreen
- Corte Constitucional, Cepeda Espinosa, Manuel José (Magistrado Ponente), *Sentencia C- 193-05* de 3 de marzo de 2005.
- Escobar, J. (1998). *Morir como Ejercicio Final del Derecho a una Vida Digna*. Colombia: Ediciones El Bosque.
- Ferguson, S. y Dean, L. (Productores), Levinson, B. (Director). (2010). *You Don't Know Jack* [cinta cinematográfica]. Estados Unidos: HBO Films / Bee Holder, Productions / Royal Oak Films.

[Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente](http://www.dmd.org.co). (2001). En *Objetivos de dmd.org.co*. Recuperado de <http://www.dmd.org.co/objetivos.html>

HOLLAND, C. (2010). *Enciclopedia de grupos religiosos en las Américas y la Península Ibérica: Religión en Colombia*. (pp. 6). Recuperado de: www.prolades.com

Humphry, D. y Wickett, A. (2005). *Perspectiva Histórica. El Derecho a Morir. Comprender la Eutanasia*. Barcelona: Túsquets Editores S.A.

Kraus, A. y Álvarez, A. (1998). *La eutanasia*. México: Conaculta.

Küng, H. y Jens, W. (1997). *Morir con Dignidad: un alegato a favor de la responsabilidad*. Madrid: Editorial Trotta S.A.

Ley 599 (2000), Código Penal Colombiano. Capítulo II, del Homicidio (2001).

Ley 890 de 2004. "Poder Público - Rama Legislativa: notas de vigencia", *Diario Oficial No. 45.602*, de 7 de julio de 2004

Lozano, M. (1998). Eutanasia: ¿Derecho o Imposición?. *Revista Salud Coomeva*, 18-19.

Ormaetxea, A. (2010). No conoces a Jack, el testarudo. *Revista Derecho a Morir Dignamente*, 55(1), 43 - 44.
Recuperado de: http://www.eutanasia.ws/_documentos/Revista/REVISTA55.pdf

Pedrós, F.; soler, P.; Marín, F; Teigell, M. (2012), "¿Suicidio o Autoliberación?", *Revista Derecho a Morir Dignamente*, 60 (1), 7.
Recuperado de http://www.eutanasia.ws/_documentos/Revista/REVISTA60.pdf

Pérez, J. (2008). La Bioética y La Eutanasia. *Revista El Ágora*, 8, 181-194.

Pessini, L. (2004). Bioética y cuestiones éticas esenciales al final de la vida. En: Lolas F, (Ed.), *Diálogo y cooperación en salud. Diez años de bioética en la OPS* (p. 51). Unidad de Bioética OPS/OMS. Serie Publicaciones.

Ramón Sampedro. Asociación Federal Pro Derecho a Morir Dignamente. España. Recuperado de http://www.eutanasia.ws/nombres/ramon_sampedro.html

República de Colombia, *Constitución Política de 1991*, Capítulo I De Los Derechos Fundamentales.

Sampedro, R. (2004). *Cartas desde el Infierno*. España: Editorial Planeta.

Sánchez, C. y López, A. (2006). Eutanasia y Suicidio Asistido: Conceptos Generales, Situación Legal en Europa, Oregón y Australia (I). *Medicina Paliativa*, 13(4), 214.
Recuperado de <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/j23.pdf>

SECCIÓN JURISPRUDENCIA, (2005), "Entrevista a Carlos Gaviria, ex magistrado de la Corte Constitucional", *Revista Médico Legal* (2), 22 - 27. Recuperado de http://www.medicolegal.com.co/pdf/esp/2005/11/2/juris_1_v11_r2.pdf

Urraca, S. (1996). *Eutanasia Hoy, Un Debate Abierto* (pp. 169-180). Madrid: Editorial Noesis.

Valbuena, A (2008). *La Distanasia. Paradoja del Progreso Biomédico*. Revista Colombiana de Bioética, 3(1), 147. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1892/189217248006.pdf>

Valdés, M. (1994). *Estudio de las Actitudes Ante la Muerte en Cónyuges de Pacientes Hospitalizados en Unidades de Cuidados Intensivos Generales*. (Tesis doctoral). Universidad de Sevilla. Recuperado de: http://www.psiquiatria.com/imgdb/archivo_doc9003.pdf

Varga, A. (1998). *Vida y Muerte. Bioética, Principales Problemas* (pp. 267-268). Nueva York: Ediciones Paulinas.

Warttemberg, B. (2005). *Las Religiones y la Eutanasia*. Recuperado de: <http://www.dw.de/las-religiones-y-la-eutanasia/a-1532537>