



NUEVA LEY DE EUTANASIA EN ESPAÑA. ACTUALIDAD Y CONTRIBUCIONES DESDE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Marcos Murillo-Vega

*Hospital Universitario Príncipe de Asturias
psi.marcosmurillovega@gmail.com*

Helena Garrido-Hernansaiz

*Centro Universitario Cardenal Cisneros
helena.garrido@cardenalcisneros.es.*

Resumen

En 2021 es legalizada la práctica de la eutanasia en España, incorporándose a la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, convirtiéndose en una alternativa para adultos con una enfermedad terminal y elevado sufrimiento. Las personas que demandan esta práctica enfrentan malestares biopsicosociales y espirituales y dificultades a lo largo del proceso, jugando la psicología un papel clave en su atención. Surge la necesidad de elaborar programas de intervención interdisciplinarios adaptados al contexto español, basados en la experiencia y el saber científico acumulado en otros países donde esta práctica ya se encontraba legislada. La Terapia Cognitivo-Conductual, la Terapia Centrada en el Sentido y la Terapia de Dignidad se encuentran entre las intervenciones **más desarrolladas** para la atención de los momentos finales de la vida, aunque sus resultados precisan mayor replicación. El Sistema Nacional de Salud constituye el escenario óptimo para implementar estas intervenciones, siendo necesario fortalecer a la Psicología de la Salud para que esta pueda asumir esta tarea en adecuadas condiciones.

Palabras clave: *intervención psicológica, eutanasia, enfermo terminal, psicoterapia, cuidados paliativos.*

Abstract

In 2021, euthanasia was legalized in Spain and integrated into the National Health System's services, thus becoming a new alternative for terminally ill adults with great suffering. People demanding this practice endure biopsychosocial and spiritual distress along the process, and so Psychology plays a key role in their care. There is therefore a demand for interdisciplinary intervention programs, adapted to the Spanish context, and based in previous experience and the scientific knowledge collected in other countries where this practice was already legislated. The Cognitive-Behavioral Therapy, Meaning Centered Therapy and Dignity Therapy are amongst the end-of-life interventions more developed; however their results need more replication. The National Health System constitutes an optimal setting in order to implement these programs, being necessary to strengthen the Health Psychology, so it can assume this task with adequate conditions.

Keywords: *psychological intervention, euthanasia, terminally ill, psychotherapy, palliative care.*

1. Planteamiento del problema

En junio de 2021 entró en vigor la Ley Orgánica 3/2021, que regula el derecho a la eutanasia en el Estado Español. España se convertía, de facto, en el cuarto país de la Unión Europea y octavo a nivel mundial en despenalizar esta práctica. Mediante esta medida se abría un nuevo escenario en la atención a la muerte y a la asistencia de la persona con enfermedad terminal. La Psicología, en cuanto ciencia aplicada, es llamada a ocupar un lugar principal dentro de este nuevo paradigma, aportando su praxis a los equipos interdisciplinarios que comienzan a formarse con el fin de atender a aquellas personas que soliciten la prestación de ayuda para morir (Arnau, 2019; Bernal y Trejo-Gabriel-Galán, 2022).

La atención psicológica a personas demandantes de eutanasia (PDE en adelante), hasta dicho momento, era un campo apenas desarrollado en España. Tras la legalización de esta práctica, surge la necesidad de generar intervenciones desde la psicología que respondan a las nuevas situaciones y escenarios que van a derivar de su puesta en acción, con la exigencia de que estas intervenciones partan de un conocimiento científico riguroso, fundamentado en la experiencia acumulada en aquellos países que nos preceden en la atención a PDE. El objetivo de este artículo es revisar el conocimiento disponible y derivar recomendaciones para orientar la atención psicológica a las PDE.

2. Desarrollo del tema.

2.1. La atención humana ante la muerte.

Morir es, por definición, el último acto en vida de una persona. Un acto que, a nivel biológico, es idéntico al realizado por cualquier otro ser humano, incluso de diferente época. Sin embargo, el contexto, la escenografía, los significados culturales y los modos de asistencia que rodean al proceso de morir han ido cambiando de forma continuada a lo largo de la historia (Leonard et al., 2017). Desde hace aproximadamente un siglo, en los países desarrollados la muerte natural ha desaparecido, de la mano de la evitación y el tabú sobre el morir, dando paso a una muerte asistencial, denominada por Ariès (1983) muerte invertida. Esta muerte invertida supone el abandono

del cuidado tradicional, realizado por la familia y la comunidad próxima, y la transformación del moribundo en paciente, quien pasa a ser atendido por el sistema sanitario y sus profesionales vía protocolos estandarizados dentro de un nuevo proceso donde, hasta recientemente, la familia e incluso el propio enfermo quedan relegados a un segundo plano (Leonard et al., 2017). La muerte en el siglo XX y XXI adopta el disfraz de enfermedad, pasando a ser medicalizada con todas las implicaciones de esta transmutación (Bayes, 2007).

Con la institucionalización del morir, emerge un escenario hasta el momento ausente, escenificado en la disputa que enfrenta a los profesionales sanitarios (acostumbrados a curar y salvaguardar la vida) con el derecho a la autonomía de la persona inmersa en el proceso final de su vida y/o agonizante, que conserva su voz, aun transformada en la de un paciente enfermo terminal (Winograd, 2012). La tecnología médica, que se desarrolla a pasos agigantados, ofrece la posibilidad de extender la vida hasta nuevos límites, pero este mismo acto puede contribuir a prolongar el dolor y sufrimiento de la persona, en una especie de cronificación de la enfermedad terminal (Leonard et al., 2017). Por tanto, el paso desde la muerte natural a la muerte invertida ha de llevar implícita una reivindicación de una muerte digna.

La persona con enfermedad terminal es aquella que a) sufre una enfermedad de carácter deteriorante y evolución avanzada, b) tiene un notable decrecimiento de su calidad de vida, c) los recursos y tratamientos disponibles han visto agotada su eficacia, d) el pronóstico de vida es inferior a seis meses, y e) todo lo anterior supone una gran demanda de atención y soporte por parte de la persona y su familia (Cardona et al., 2010; Jaramillo, 2002; Ortega-Ruiz y López-Ríos, 2005).

El proceso de la enfermedad terminal consta de cuatro etapas secuenciales: inicial, sintomática, de declive y final o agónica (Benítez y Asensio, 2002), donde la persona terminal se convierte en moribunda (Cardona et al., 2010). Según avanza la secuencia, las intervenciones curativas habituales cesan de ser efectivas, remplazándose por otras destinadas al alivio de las complicaciones (físicas, emocionales, existenciales y sociales) que la persona va presentando incrementalmente (Monforte-Royo et al., 2018), no siendo siempre posible un manejo completo.

Los desarrollos sanitarios para la atención a personas en situación terminal han adoptado dos perspectivas distintas, en ocasiones complementarias. Por un lado, se ha buscado mejorar la atención y acompañamiento a la persona según se acerca al estadio final, replanteándose las distintas profesiones sanitarias su rol respecto a la muerte. Desde esta óptica destacan, por su desarrollo y grado de implementación en el mundo occidental, los cuidados paliativos (Ortega-Ruiz y López-Ríos, 2005; Stolberg et al., 2017). Por otro lado, se trabaja de forma continuada en la creación de nuevos medios (tecnológicos y farmacológicos, principalmente) destinados a ralentizar el tránsito de la persona terminal al momento agónico.

La atención a la persona en situación terminal, incorporada al paradigma medicalizado, va progresivamente complejizándose, ocupándose de facetas previamente desatendidas. Sin embargo, estos nuevos desarrollos traen consigo debates éticos y problemáticas antes ausentes, además de no resultar adecuados para todas las personas en situación terminal, ya que hay casos donde emerge el deseo de una muerte acelerada, de una conclusión del proceso en el que se ven envueltas estas personas (Güell et al., 2015).

Se entiende por muerte acelerada toda acción intencional u omisión de la misma (Marina et al., 2021) que apresura y acorta el proceso de morir de la persona respecto a los tiempos biológicos y que, como efecto último, favorece el fallecimiento. Este efecto es anticipado y deliberadamente buscado. Este deseo de adelantar la muerte (DAM, en adelante) es comunicado por la propia persona, bien de forma sincrónica al sufrimiento de la enfermedad, bien a través de documentos como el testamento vital o las voluntades anticipadas (Cipriani y Di Fiorino, 2019); pudiendo en ocasiones ser también manifestada por terceras personas designadas como representantes de esta (p.e., familia allegada ante la incapacidad temporal o permanente de la persona) e incluso en ocasiones tener origen en el equipo sanitario.

El DAM, una vez expresado y afirmado, debe ser legitimado por el sistema sanitario, circunstancia que no siempre se cumple. Son situaciones complejas, donde colisionan el principio de autonomía y dignidad de la persona y el principio de no maleficencia y conservación de la vida (Artavia, 2012; Ricou y Wainwright, 2019), no existiendo atajos fáciles o guías de decisión estandarizadas.

Cada caso resulta único y la decisión de avalar la voluntad de la persona también lo es.

Resulta de suma importancia diferenciar este DAM, resultado firme de una deliberación razonada, de las posibles expresiones espontáneas de deseo de morir que la persona enferma pueda exteriorizar, especialmente a sus familiares, ante las consecuencias inmediatas de su enfermedad, reacciones más momentáneas ante lo desagradable de la situación sintomatológica. Estas últimas son limitadas temporalmente, siendo más frecuentes que el deseo firme de morir, dándose, por ejemplo, en un 8.5-17% de las personas con cáncer avanzado (Güell et al., 2015).

El DAM suele aflorar en personas en situación terminal inmersas en contextos protagonizados por el dolor, el sufrimiento (Ricou y Wainwright, 2019), una disminución importante de la calidad de vida (Barroso-Fernández y Ábalo, 2012; Güell et al., 2015) y la pérdida de la dignidad y autonomía (Monforte-Royo et al., 2018; Rodin, 2017). Estos contextos desembocan en un escenario de crisis o momento decisivo, que antecede a la determinación del deseo de pronta muerte, entendiéndose esta alternativa como menos aversiva que el escenario de continuar sufriendo una situación dolorosa y complicada. Actualmente, se han comenzado a investigar los factores antecedentes a este DAM, con el fin de comprender su génesis. Se distinguen precursores directos del DAM (p.e., la pérdida de dignidad de la persona y las consecuencias emocionales de la situación, especialmente el ánimo bajo o depresivo) y otros de carácter indirecto, que actúan agravando los directos, dificultando el afrontamiento de la situación de enfermedad. Dentro de este último grupo destacan la vivencia de no tener el control sobre el proceso experimentado y las complicaciones y deterioro del funcionamiento (Guerrero-Torrelles et al., 2017; Monforte-Royo et al., 2018).

Algunos autores (Artavia, 2012; Ricou y Wainwright, 2019; Saracino et al., 2019) conciben el DAM como un fenómeno reciente, ligando su aparición a su contemporánea medicalización. Esta necesidad de expresar el deseo de poner fin a una vida que ya no merece la pena ser vivida no hace aparición hasta que la medicina no ha contactado con la potencia suficiente para domesticar a la muerte (Ariès, 1983). Los nuevos métodos científico-técnicos, la eficacia de los programas de salud preventiva y la cronificación de los proble-

mas clínicos han contribuido a la aparición del fenómeno (Ricou y Wainwright, 2019), que pudiera entenderse como el reverso del encarnizamiento terapéutico o distanasia (Forbat, 2018), aquella situación donde la vida se prolonga artificialmente hasta límites desproporcionados y excesivos. La vida, que nunca sobra, se torna en insufrible.

La atención a este DAM se materializa de distintos modos (Monforte-Royo et al., 2018). Una de las prácticas más comunes en nuestro entorno son las intervenciones de cuidados paliativos. Se trata de una intervención multidisciplinar y holística (Von Blanckenburg y Leppin, 2018), focalizada en el manejo y alivio del dolor y otros síntomas biopsicosociales que la persona pudiera presentar (Gramm et al., 2020). Si bien los cuidados paliativos no pretenden adelantar la muerte de la persona, reconociendo esta como un proceso natural (Radbruch et al., 2020), su abordaje incluye prácticas que se ocupan de atender esta, entre las que se incluyen la sedación paliativa o terminal, destinada a controlar la sintomatología refractaria en la persona agonizante, y la limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico (Cardona et al., 2010; Mishara y Weisstub, 2013).

Otra intervención disponible es el suicidio asistido. Este se refiere al proceso mediante el cual un profesional médico, tras las pertinentes evaluaciones, facilita a la persona un agente terapéutico con capacidad letal con el fin de que esta o un allegado lo administre, provocando así su muerte (Marina et al., 2021). Esta alternativa está legalizada en algunos estados de los EEUU (Johnson et al., 2014), México (Forbat, 2018), Alemania (Ricou y Wainwright, 2019) y Suiza (Verhofstad et al., 2019), siendo en ocasiones confundida con la eutanasia. La principal diferencia entre ambas reside en el grado de implicación del sanitario en el proceso de muerte, quien en el caso de la eutanasia administra el agente farmacológico (Galbraith et al., 2000; Karlsson et al., 2012).

2.2. La eutanasia

La eutanasia se define como aquella acción voluntaria, activa e intencional orientada a producir la muerte de una persona inmersa en una enfermedad terminal, que pide esta medida de forma consciente e informada con el fin de acabar con el sufrimiento que le aqueja (Norwood, 2007; Ricou y Wainwright, 2019). En el Estado Español, el 25 de junio de 2021 entró en vigor la Ley Orgá-

nica que regula esta práctica. Esta ley se orienta a personas adultas que, conservando su competencia cognitiva, padezcan una enfermedad grave e incurable acompañada de un sufrimiento físico o psicológico insoportable. Dicha persona ha de expresar su voluntad por escrito en dos ocasiones, mediando un mínimo de 15 días, y obtener el informe positivo de dos profesionales de la medicina y una comisión evaluadora. Este procedimiento resulta similar al de otros países europeos donde esta práctica está legalizada, como Países Bajos o Bélgica (Bernal y Trejo-Gabriel-Galán, 2022). Aún no existen datos del impacto de esta ley, aunque las proyecciones de expertos apuntan a cifras futuras similares a los países del Benelux, donde el número de fallecidos por eutanasia en 2019 alcanzó el 4.2-4.6% del total de defunciones (Regional Euthanasia Review Committee, 2019).

La persona que demanda la eutanasia suele encontrarse inmersa en un sufrimiento total, donde las consecuencias más visibles y orgánicas de la enfermedad terminal se acompañan de dificultades psicológicas, existenciales y sociales (Gramm et al., 2020). Una de cada tres personas en situación terminal sufre síntomas notables de ansiedad o depresión (Rosenfeld et al., 2017) y la mayoría puede presentar otros síntomas psicológicos en un umbral al menos subclínico. Las necesidades psicológicas de las PDE son múltiples y dispares. Entre otras, puede nombrarse el deseo de conservar la autonomía y la propia identidad (Leonard et al., 2017), la dignidad (Julião et al., 2017), la calidad de vida (Rosenfeld et al., 2017), el sentido de vida y espiritualidad (Guerrero-Torrelles et al., 2017), el duelo sobre la propia muerte y la necesidad de enfrentarse al posible estigma e incompreensión por la decisión tomada. El miedo al dolor, la necesidad de seguridad y control ante la muerte y la perspectiva de fallecer de forma agónica son algunos de los detonantes en la base de estas dificultades (Pestinger et al., 2015). Se da una configuración característica de alteraciones que ha venido a denominarse síndrome de desmoralización, descrita por primera vez por Kissane et al. en 2001, presente en un 13-18% de las personas con cáncer avanzado (Robinson et al., 2015, 2017). Este síndrome se caracteriza por sentimientos de desesperanza, pérdida del sentido de la existencia, desamparo y elevadas dificultades existenciales, relacionándose con menor calidad de vida y mayores deseos de morir.

2.3 Acompañamiento e intervención psicológica con la PDE

La asistencia a las PDE, por su complejidad, debe ser realizada de forma integrada por un equipo interdisciplinar del que el/la psicólogo/a habría de ser un componente fundamental (Ortega-Ruiz y López-Ríos, 2005), situación que en el contexto español aún no se ha materializado de una forma generalizada. El/la psicólogo/a, además de sus funciones propias, habría de ejercer de figura de enlace entre los distintos componentes del sistema configurado alrededor de la persona con enfermedad terminal, mediando entre ellos. Así, las intervenciones del/la psicólogo/a se amplían a las relaciones entre la PDE, su familia y el resto del equipo sanitario (Forbat, 2018).

De forma ideal, el/la psicólogo/a habría de estar presente en la totalidad del proceso de eutanasia: en estadios iniciales, atendiendo a la valoración de capacidad y competencia de la persona demandante (Galbraith y Dobson, 2000; Johnson et al., 2014); en momentos intermedios, donde es posible la aparición de la paradoja de Oregón o ambivalencia de la persona ante la decisión tomada (Ricou y Wainwright, 2019); y en la etapa final de muerte voluntaria, realizando una labor de acompañamiento orientada a favorecer que la persona pueda ver atendidas sus necesidades psicológicas, actuando sobre los malestares físico-emocional-existencial-sociales a medida que vayan surgiendo.

El acompañamiento psicológico es una labor central y distintiva del/la psicólogo/a dentro del equipo de atención para la eutanasia. Este acompañamiento presenta una serie de particularidades (Gramm et al., 2020; Mishara y Weisstub, 2013):

- **Intervención contextualizada:** la intervención ocurre bajo el protocolo de actuación del equipo asistencial, enraizada en una visión hospitalario-paliativa. El acompañamiento no ha de surgir de una demanda espontánea de atención psicológica por parte de la persona, sino que es ofrecido de forma activa.
- **Limitación temporal:** la asistencia se dirige a personas con pronósticos desfavorables y con voluntad activa de finalizar su vida. Por ello, el acompañamiento es breve y la

intervención focalizada. Esta contingencia afecta a factores estructurales del trabajo psicológico, como la consolidación de una relación terapéutica eficaz.

- **Paradigma idiosincrásico:** la muerte de la persona es una certeza hacia la que se avanza, exigiendo un cambio respecto al abordaje habitual, centrándose en la realidad de este hecho y la vivencia que la persona hace del mismo. Así, estrategias comunes en otras problemáticas, como por ejemplo la reestructuración cognitiva, pueden resultar inefectivas, al resultar realistas y ajustados los pensamientos negativos de la persona (Rosenfeld et al., 2017). Es necesario, por tanto, orientarse desde nuevas ópticas, en ocasiones más existenciales.
- **Personalización y reactualización constante de las intervenciones:** el acompañamiento se ve continuamente condicionado por la situación de la PDE. En ocasiones, su situación vital empeora drásticamente y la terapia finaliza de forma súbita. La aparición y/o el agravamiento de síntomas (p.e., dolor, síndromes confusionales, disnea, etc.) puede afectar al desarrollo del acompañamiento, por lo que la intervención difícilmente puede ser protocolizada y sistematizada, sino que ha de sincronizarse a estos cambios. Algunos estudios (Serfaty et al., 2019) encontraron en estos contextos niveles de adherencia a la intervención del 31%.
- **Atención individual y domiciliaria:** la inestabilidad del estado de salud de la persona, la sintomatología incapacitante y la movilidad reducida hacen que resulte un ámbito donde resulta común que sea el recurso quién se desplace hasta el consultante.

Vinculado a este deseo de eutanasia y la experiencia de las personas terminales que la demandan, destaca en la literatura el modelo explicativo propuesto por el grupo de investigación liderado por Cristina Monforte-Royo, ligado a la Universidad Internacional de Catalunya. Este modelo, basado en revisiones sistemáticas y meta-etnográficas (Rodríguez-Prat et al., 2017) propone cinco dimensiones relevantes en la petición de muerte:

1. Sufrimiento: es la dimensión más destacada en el modelo, influyendo en el resto de componentes. Alude a una visión holística del sufrimiento de la persona, más allá de la parte física. Así, los estudios señalan que el deseo de morir está más asociado al sufrimiento psicológico que al malestar orgánico (Beng et al., 2012, Saracino et al., 2019).
2. Razones para morir: esta dimensión está subdividida en dimensión física (p.e., dolor y pérdida de funcionalidad), psicológica (p.e., miedo a la pérdida de control y desesperanza progresiva), social (p.e., ser una carga para otros) y pérdida de la propia identidad y dignidad. Resultan tan relevantes las razones que la persona señala como los distintos modos de afrontamiento que pudiese mostrar.
3. Significados de la demanda de muerte: esta dimensión incluye los propósitos que la persona aspira a obtener con la demanda; p.e., liberar a un tercero de la carga de cuidarle, mantener su autodeterminación, escapar del sufrimiento, obtener ayuda, etc.
4. Funciones de la demanda: es una dimensión muy relacionada con la dimensión previa. Las autoras distinguen dos tipos de función: comunicativa de deseos, emociones y pensamientos de la persona, y de logro de dominio y control sobre la propia situación de enfermedad terminal.
5. Temporalidad de la enfermedad terminal: esta dimensión, no presente en versiones previas del modelo (Monforte-Royo et al., 2012), hace referencia a la conciencia de un plazo límite en la vida y su próximo agotamiento. La anticipación de la muerte próxima, paradójicamente, estimula el deseo de adelantarla.

Este modelo supone una aproximación integral a la materia, apropiada para distintos fines (investigación en cuidados paliativos y eutanasia, elaboración de protocolos, intervención clínica, etc.). Este modelo puede servir de guía a los profesionales en su tarea de detectar necesidades en la persona, convergiendo en gran medida con otras propuestas clínicas (Breitbart et al., 2014;

Ruijs et al., 2009). La exploración de las cinco dimensiones del modelo y la configuración particular que muestre la PDE condicionarán la clase de intervenciones a realizar y la intensidad de las mismas, facilitando su planificación.

Toda actividad interventiva hacia la PDE desde el campo de la psicología deberá, necesariamente, tener en consideración estas particularidades. Por tanto, en la elaboración de propuestas de acompañamiento psicológico y terapéutico para la eutanasia, es necesario incorporar estrategias que permitan superar las limitaciones asociadas a esta clase de población. Las terapias y abordajes actuales responden de forma congruente a esta demanda.

2.4 Terapias y abordajes actuales en eutanasia

La investigación y desarrollo de terapias e intervenciones psicológicas en el contexto de la eutanasia es escaso, a consecuencia de su extendida ilegalidad y muy reciente despenalización en los pocos estados que han dejado de sancionarla. De este modo, las terapias disponibles no son desarrollos específicos para las PDE, sino readaptaciones de otras intervenciones más genéricas ofrecidas en dispositivos de cuidados paliativos. La **Tabla 1** recoge todas aquellas terapias localizadas en la literatura. Entre ellas, las tres más investigadas son la Terapia de Dignidad de Chochinov (Dignity Therapy), la Psicoterapia Centrada en el Sentido de Breitbart (Meaning-Centered Psychotherapy) y la Terapia Cognitivo-Conductual. A continuación, realizaremos una síntesis de estas propuestas.

La Terapia de la Dignidad es una de las primeras terapias psicológicas enfocadas a la atención al final de la vida (Saracino et al., 2019). Se fundamenta en el modelo de dignidad propuesto por Chochinov (2001), postulando que una parte primordial de la atención a personas terminales pasa por ayudarles a recuperar su dignidad y garantizar su mantenimiento en esta etapa. La terapia, clasificada como humanista-existencial (Martinez et al., 2017), tiene un fuerte componente narrativo. Su desarrollo pasa por una entrevista semiestructurada de nueve preguntas en la que se invita a la persona a discutir sobre distintas cuestiones de su vida y aspectos de ella que le gustaría que se recordasen. Las sesiones son grabadas y posteriormente transcritas con el fin de generar un do-

Tabla 1. Terapias psicológicas actuales para la atención de personas demandantes de eutanasia.

Nombre de la intervención	Autores	Modalidad de tratamiento	Número de sesiones	Fortalezas	Debilidades
Terapia de la Dignidad	Chochinov et al. (2001).	Individual	3	Protocolo flexible Adaptaciones culturales y de distintos contextos sanitarios. Manualizada. Muy investigada, cuenta con metaanálisis de su eficacia (Bauereiß, 2018, Fitchett et al., 2015, Fulton et al., 2018).	Menor efecto en sintomatología ansioso-depresiva que en dificultades existenciales. Muy focalizada en la pérdida de dignidad, no aborda otras esferas. Se desconocen mecanismos de acción.
Short-Life Review.	Ando et al. (2010)	Individual	Una semana	Versión derivada de la DT.	No existen estudios en España. Menos estudiada. Solo población oncológica No manualizada.
Terapia Centrada en el Sentido	Breitbart et al. (2014)	Grupal/ Individual	7/3 (Fraguelli-Hernando et al., 2020)	Abordaje integral (cognitivo-conductual, existencial y social). Desarrollos específicos en España. Adaptaciones culturales y de distintos contextos sanitarios. Manualizada. Muy investigada, cuenta con metaanálisis de su eficacia (Bauereiß, 2018, Fulton et al., 2018).	Menor efecto en sintomatología ansioso-depresiva que en dificultades existenciales. No existe desarrollo específico para la eutanasia.
CALM	Lo et al. (2015).	Grupal/ Individual	3-6.	Derivada de la MCP. Añade 4 dominios (la enfermedad y el sistema asistencia, autoconcepto y apego, sentido y propósito y mortalidad). Resultados similares en depresión, ansiedad y calidad de vida.	No existen estudios en España. Menos estudiada. No manualizada. Alta tasa de abandono.
Terapia Cognitivo-Conductual.	Anderson et al. (2008); Sánchez-Abad et al. (2014).	Individual	3-4.	Bien aceptada por los participantes. Fácil de aplicar para terapeutas sin formación específica en el campo de la eutanasia. Mayores resultados en ansiedad y depresión que intervenciones humanista-existenciales.	Dificultad para aplicar algunas técnicas en el contexto de la eutanasia (p.e., reestructuración cognitiva).
Terapia Cognitivo-Existencial.	Kissane et al. (2003).	Grupal	20	Mejoras en afrontamiento, crecimiento personal y disminución de distrés psicológico.	Estudiada solo en cáncer de mama. Faltan estudios replicativos.
Terapia Sistémica.	Forbat et al. (2018).	Familiar	No definido.	Planteamiento holístico. Atiende al sistema familiar completo.	Los estudios disponibles son únicamente descriptivos.
Arteterapia.	Colette et al. (2021).	Grupal	5	Reducción de puntuaciones en la escala de síntomas paliativos ESAS, especialmente dolor, ansiedad y depresión.	Tratamiento coadyuvante, no puede aplicarse en solitario. Requiere personal formado en arteterapia.
Terapia de apoyo basada en Mindfulness	Beng et al. (2015).	Grupal	3	Parte de un modelo teórico robusto (teoría existencial y terapia de compasión).	No replicada. Aplicada en contexto asiático.

cumento que sirva de legado vital de la persona, el cual se comparte con sus personas queridas.

Esta terapia ha sido replicada y adaptada a distintas culturas y contextos, gracias a lo flexible de su protocolo, siendo investigada en multitud de estudios. Los participantes refieren un incremento de bienestar, sentido de dignidad y calidad de vida y menores niveles de depresión, ansiedad y síndrome de desmoralización (Julião et al., 2017; Martínez et al., 2017), aunque los mecanismos causales de estos cambios permanecen desconocidos (Fitchett et al., 2015).

Por su parte, la Psicoterapia Centrada en el Sentido, también encuadrada como intervención humanista-existencial, sigue una estructura más tradicional, incorporando técnicas cognitivo-conductuales y sociales (Saracino et al., 2019) y centrándose en el afrontamiento de las dificultades que enfrenta la persona con enfermedad terminal. Esta terapia bebe de la logoterapia de Viktor Frankl y del modelo de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984) proponiendo que el sentido que la persona acabe por otorgar a su situación y a los síntomas concomitantes actuará como mediador del cambio psicológico (Breitbart et al., 2014; Guerrero-Torrelles et al., 2017). Así, se pretende incrementar la capacidad de la persona para dotar de sentido a sus experiencias, facilitando una mejor adaptación a su situación vital y mayor tolerancia de la sintomatología presente.

La Psicoterapia Centrada en el Sentido, en su planteamiento original, es realizada de forma grupal a lo largo de 7 sesiones. No obstante, han ido surgiendo nuevas versiones y actualmente el enfoque predominante pasa por una atención individual de 3 sesiones (Rosenfeld et al., 2017). Cabe destacar la adaptación de Fraguell-Hernando et al. (2020) para equipos de atención paliativa en el Sistema Nacional de Salud, distinguiéndose por añadir un foco específico en la compasión y en atender al paciente en su propio domicilio. Esta terapia tiene entre sus efectos una disminución del estrés psicológico de la persona y una mejora subjetiva del bienestar emocional y calidad de vida (Fulton et al., 2018; Gil-Moncayo y Breitbart, 2013). Cabe señalar el metaanálisis realizado por Bauereiß et al. en 2018, donde se evalúan de forma integrada estas y otras intervenciones de corte humanista-existencial, encontrándose como resultado una mejor calidad de vida, percepción de autoeficacia incrementada y reducción de la

desesperanza y dificultades existenciales.

Finalmente, se puede señalar brevemente la Terapia Cognitivo-Conductual aplicada a la enfermedad terminal. Estos desarrollos, basados en aproximaciones clásicas basadas en los trabajos de Beck y otros autores, se centran en trabajar con la persona la valoración de la situación vivida y las estrategias de afrontamiento disponibles (orientadas al problema/emoción, regulación emocional, etc.), con la intención de obtener un mejor ajuste de la persona (Sánchez-Abad et al., 2014). La evidencia disponible muestra menores niveles de ansiedad y depresión y mayor calidad de vida tras la aplicación de esta terapia (Anderson et al., 2008; Sánchez-Abad et al., 2014).

3. Discusión

Dentro del ámbito sanitario español existen actualmente escasos desarrollos de programas de acompañamiento psicológico para PDE, debido a su reciente incorporación a la cartera de servicios. Es necesario partir de una revisión del conocimiento adquirido en otros países y sistemas sanitarios, comenzando a desarrollarse intervenciones fundamentadas en el proceder científico y la evidencia empírica, abordando las principales necesidades identificadas en este colectivo de pacientes.

Actualmente, a nivel internacional se encuentran desarrolladas diversas intervenciones y programas de acompañamiento psicológico en la eutanasia, constituyendo un buen punto de partida de cara a programar de qué modo se quiere atender esta cuestión en España. Estas terapias, entre las que destacan la Terapia de la Dignidad, la Psicoterapia Centrada en el Sentido y la Terapia Cognitivo-Conductual, han obtenido resultados prometedores al respecto, especialmente en la mejoría de la calidad de vida y bienestar psicológico, aprendizaje de nuevos estilos de afrontamiento ante la situación por venir y una disminución de la psicopatología asociada, así como de la desesperanza y desmoralización.

La experiencia proporcionada por estos contextos muestra que la intervención ha de ser preferiblemente individual y completamente adaptada a la idiosincrasia de esta persona; contextualizada dentro de un equipo interdisciplinar del que el psicólogo es figura clave; breve y a la vez intensiva y focalizada; capaz de ser modificada y adaptada en función del desarrollo de la misma; y llevarse

a cabo, siempre que sea posible, en el domicilio del consultante. El modelo de Monforte-Royo (Monforte-Royo et al., 2012 ; Rodríguez-Prat et al., 2017) constituye un buen marco de referencia desde el que comenzar a diseñar y aplicar intervenciones adaptadas a nuestro entorno. Así, los profesionales implicados han de tener siempre presentes las dimensiones propuestas en este modelo (razones bio-psico-social y espirituales del morir, significados y funciones de la demanda de muerte, temporalidad y muy especialmente el sufrimiento) durante el proceso de acompañar a la persona que se dispone a morir.

El SNS supone el contexto más adecuado para implementar estas intervenciones. Sin embargo, no nos son ajenas ciertas realidades del mismo (escasez de personal en general y de psicología en particular, dificultades de acceso para ciertos colectivos, intentos políticos de dismantelar y privatizar estos servicios, etc.) que pueden complejizar que esta se lleve a cabo de forma óptima. Es necesario implementar medidas que fortalezcan el SNS, de modo que toda la ciudadanía pueda ver garantizado un cuidado integral de su salud. Que una persona fallezca inmersa en el sufrimiento resulta un fracaso para la sociedad en su conjunto. En este sentido, la psicología de la salud ha de ofrecer lo que está en su mano para impedir que esto ocurra. Como profesión, ha de reclamar espacios que le pertenecen, ampliando su rol hasta la totalidad de aspectos psicológicos que afectan a la persona. La psicología tiene mucho que decir al respecto y las investigaciones avalan su eficacia. Sin embargo, actualmente, la psicología de la salud en ocasiones está más cerca de la anécdota que de ser una realidad reconocida y bien establecida en el contexto asistencial. El campo de la atención a la eutanasia, recién inaugurado, puede ser un buen lugar donde comenzar a cultivar los frutos de la psicología por venir.

Referencias

- Anderson, T., Watson, M., y Davidson, R. (2008). The use of cognitive behavioural therapy techniques for anxiety and depression in hospice patients: a feasibility study. *Palliative Medicine*, 22(7), 814-821. <http://dx.doi.org/10.1177/0269216308095157>
- Ando, M., Morita, T., Akechi, T., Okamoto, T., y Japanese Task Force for Spiritual Care. (2010). Efficacy of short-term life-review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Journal of pain and symptom management*, 39(6), 993-1002. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.11.320>
- Ariès, P. (1983). *El hombre ante la muerte*. Taurus.
- Arnau, F. (2019). Muerte digna, eutanasia y suicidio asistido en España. En Centro de Derecho Biomédico (Ed.), *Cadernos da Lex Medicinae* (pp. 241-251). Universidad de Coimbra.
- Artavia, A. R. (2012). Aspectos bioéticos de los cuidados paliativos. *Enfermería en Costa Rica*, 33(1), 32-40.
- Barroso-Fernández, I., y Abalo, J. G. (2012). Eutanasia y cuidados paliativos: ¿diferentes aristas de un mismo problema? *Psicología y Salud*, 22(1), 5-25. <http://dx.doi.org/10.25009/PYS.V22I1.554>
- Bauereiß, N., Obermaier, S., Özünal, S. E., y Baumeister, H. (2018). Effects of existential interventions on spiritual, psychological, and physical well-being in adult patients with cancer: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psycho-oncology*, 27(11), 2531-2545. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.4829>
- Bayés, R. (2007). *Afrontando la vida, esperando la muerte*. Janvier.
- Bernal, C. V., y Trejo-Gabriel-Galán, J. M. (2022). Leyes de eutanasia en España y en el mundo: aspectos médicos. *Atención Primaria*, 54(1), Artículo 102170. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102170>
- Beng, T. S., Chin, L. E., Guan, N. C., Yee, A., Wu, C., Jane, L. E., y Meng, C. B. C. (2015). Mindfulness-Based Supportive Therapy (MBST). Proposing a palliative psychotherapy from a conceptual perspective to address suffering in palliative care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 32(2), 144-160. <http://dx.doi.org/10.1177/1049909113508640>
- Benítez, M. A. y Asensio, A. (2002). Fundamentos y objetivos de los cuidados paliativos. *Atención primaria*, 29(1), 50-52.

- Breitbart, W. S., Breitbart, W., y Poppito, S. R. (2014). *Individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer: A treatment manual*. Oxford University Press.
- Cardona, G. P., Cabal, A. N., y Zuluaga, C. (2010). El rol psicólogo en las políticas públicas acerca de la eutanasia. *Cuadernos hispanoamericanos de psicología*, 10(2), 61-74.
- Chochinov, H. M., Kristjanson, L. J., Breitbart, W., McClement, S., Hack, T. F., Hassard, T., y Harlos, M. (2011). Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a 43 randomized controlled trial. *The lancet oncology*, 12(8), 753-762. [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70153-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70153-X)
- Cipriani, G., y Di Fiorino, M. (2019). Euthanasia and other end of life in patients suffering from dementia. *Legal Medicine*, 40, 54-59. <http://dx.doi.org/10.1016/j.legalmed.2019.07.007>
- Collette, N., Güell, E., Fariñas, O., y Pascual, A. (2021). Art Therapy in a Palliative Care Unit: Symptom Relief and Perceived Helpfulness in Patients and Their Relatives. *Journal of Pain and Symptom Management*, 61(1), 103-111. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.07.027>
- Fitchett, G., Emanuel, L., Handzo, G., Boyken, L., y Wilkie, D. J. (2015). Care of the human spirit and the role of dignity therapy: a systematic review of dignity therapy research. *BMC palliative care*, 14(1), 1-12. <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-015-0007-1>
- Forbat, L. (2018). What can systemic psychotherapy offer clinical practice and public debates on assisted dying? *Journal of Family Therapy*, 40(3), 413-427. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12171>
- Fraguell-Hernando, C., Limonero, J. T., y Gil, F. (2020). Psychological intervention in patients with advanced cancer at home through Individual Meaning-Centered Psychotherapy-Palliative Care: A pilot study. *Supportive Care in Cancer*, 28(10), 4803-4811. <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-020-05322-2>
- Fulton, J. J., Newins, A. R., Porter, L. S., y Ramos, K. (2018). Psychotherapy targeting depression and anxiety for use in palliative care: a meta-analysis. *Journal of palliative medicine*, 21(7), 1024-1037. <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2017.0576>
- Galbraith, K. M., y Dobson, K. S. (2000). The role of the psychologist in determining competence for assisted suicide/euthanasia in the terminally ill. *Canadian Psychology*, 41(3), 174-183. <http://dx.doi.org/10.1037/h0086867>
- Gil-Moncayo, F. L., y Breitbart, W. (2013). Psicoterapia centrada en el sentido: "vivir con sentido". Estudio piloto. *Psicooncología*, 10(2/3), 233-245. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43446
- Gramm, J., Trachsel, M., y Berthold, D. (2020). Psychotherapeutic Work in Palliative Care. *Verhaltenstherapie*, 30, 323-333. <http://dx.doi.org/10.1159/000505120>
- Güell, E., Ramos, A., Zertuche, T., y Pascual, A. (2015). Verbalized desire for death or euthanasia in advanced cancer patients receiving palliative care. *Palliative & supportive care*, 13(2), 295-303. <http://dx.doi.org/10.1017/S1478951514000121>
- Guerrero-Torrelles, M., Monforte-Royo, C., Rodríguez-Prat, A., Porta-Sales, J., y Balaguer, A. (2017). Understanding meaning in life interventions in patients with advanced disease: a systematic review and realist synthesis. *Palliative medicine*, 31(9), 798-813. <http://dx.doi.org/10.1177/0269216316685235>
- Jaramillo, I. F. (2002). El enfermo terminal y la eutanasia. *Revista Repertorio de Medicina y Cirugía*, 11(4), 187-133. <https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.v11.n4.2002.297>
- Johnson, S. M., Cramer, R. J., Conroy, M. A., y Gardner, B. O. (2014). The role of and challenges for psychologists in physician assisted suicide. *Death Studies*, 38(9), 582-588. <http://dx.doi.org/10.1080/07481187.2013.820228>
- Julião, M., Oliveira, F., Nunes, B., Carneiro, A. V., y Barbosa, A. (2017). Effect of dignity therapy on end-of-life psychological distress in terminally ill Portuguese patients: a randomized controlled trial. *Palliative & supportive care*, 15(6), 628-637. <http://dx.doi.org/10.1017/S1478951516001140>

- Karlsson, M., Milberg, A., y Strang, P. (2012). Suffering and euthanasia: a qualitative study of dying cancer patients' perspectives. *Supportive Care in Cancer*, 20(5), 1065-1071. <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-011-1186-9>
- Kissane, D. W., Bloch, S., Smith, G. C., Miach, P., Clarke, D. M., Ikin, J., y McKenzie, D. (2003). Cognitive existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomized controlled trial. *Psycho Oncology*, 12(6), 532-546. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.683>
- Kissane, D. W., Clarke, D. M., y Street, A. F. (2001). Demoralization syndrome: a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *Journal of palliative care*, 17(1), 12-21.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Leonard, R., Horsfall, D., Noonan, K., y Rosenberg, J. (2017). Identity and the end of life story: A role for psychologists. *Australian Psychologist*, 52(5), 346-353. <http://dx.doi.org/10.1111/ap.12270>
- Lo, C., Hales, S., Rydall, A., Panday, T., Chiu, A., Malfitano, C., y Rodin, G. (2015). Managing Cancer And Living Meaningfully: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16(1), 1-8. <http://dx.doi.org/10.1186/s13063-015-0811-1>
- Marina, S., Wainwright, T., y Ricou, M. (2021). The role of psychologists in requests to hasten death: A literature and legislation review and an agenda for future research. *International Journal of Psychology*, 56(1), 64-74. <http://dx.doi.org/10.1002/ijop.12680>
- Martínez, M., Arantzamendi, M., Belar, A., Carrasco, J. M., Carvajal, A., Rullán, M., y Centeno, C. (2017). 'Dignity therapy', a promising intervention in palliative care: A comprehensive systematic literature review. *Palliative medicine*, 31(6), 492-509. <http://dx.doi.org/10.1177/0269216316665562>
- Mishara, B. L., y Weisstub, D. N. (2013). Premises and evidence in the rhetoric of assisted suicide and euthanasia. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36(5-6), 427-435. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.09.003>
- Monforte Royo, C., Crespo, I., Rodríguez Prat, A., Marimon, F., Porta Sales, J., y Balaguer, A. (2018). The role of perceived dignity and control in the wish to hasten death among advanced cancer patients: a mediation model. *Psycho Oncology*, 27(12), 2840-2846. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.4900>
- Monforte-Royo, C., Villavicencio-Chávez, C., Tomás-Sábado, J., Mahtani-Chugani, V., y Balaguer, A. (2012). What lies behind the wish to hasten death? A systematic review and meta-ethnography from the perspective of patients. *PLoS One*, 7(5), Artículo e37117. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0037117>
- Norwood, F. (2007). Nothing more to do: Euthanasia, general practice, and end-of-life discourse in the Netherlands. *Medical anthropology*, 26(2), 139-174. <http://dx.doi.org/10.1080/01459740701283165>
- Ortega-Ruiz, C., y López-Ríos, F. (2005). Intervención psicológica en cuidados paliativos: revisión y perspectivas. *Clínica y Salud*, 16(2), 143-160.
- Pestinger, M., Stiel, S., Elsner, F., Widdershoven, G., Voltz, R., Nauck, F., y Radbruch, L. (2015). The desire to hasten death: using Grounded Theory for a better understanding "When perception of time tends to be a slippery slope". *Palliative medicine*, 29(8), 711-719. <http://dx.doi.org/10.1177/0269216315577748>
- Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., y Pastrana, T. (2020). Redefining palliative care—a new consensus-based definition. *Journal of pain and symptom management*, 60(4), 754-764.
- Regional Euthanasia Review Committee. (2019). *Regional Euthanasia Review Committees Annual Report*. Autor.
- Ricou, M., y Wainwright, T. (2019). The Psychology of Euthanasia: Why There Are No Easy Answers. *European Psychologist*, 24(3), 243-256. <http://dx.doi.org/10.1027/1016-9040/a000331>
- Robinson, S., Kissane, D. W., Brooker, J., y Burney, S. (2015). A systematic review of the demoralization syndrome in individuals with progressive disease and cancer: A decade of research.

Journal of pain and symptom management, 49(3), 595-610. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.07.008>

Robinson, S., Kissane, D. W., Brooker, J., Hempton, C., y Burney, S. (2017). The relationship between poor quality of life and desire to hasten death: a multiple mediation model examining the contributions of depression, demoralization, loss of control, and low self-worth. *Journal of pain and symptom management*, 53(2), 243-249. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.08.013>

Rodin, G. M. (2017). Psychotherapeutic interventions near the end of life: Theory, evidence, and future directions. *Australian Psychologist*, 52(5), 335-339. <http://dx.doi.org/10.1111/ap.12307>

Rodríguez-Prat, A., Balaguer, A., Booth, A., y Monforte-Royo, C. (2017). Understanding patients' experiences of the wish to hasten death: an updated and expanded systematic review and meta-ethnography. *BMJ open*, 7(9) 159-166. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016659>

Rosenfeld, B., Saracino, R., Tobias, K., Master-son, M., Pessin, H., Applebaum, A., y Breitbart, W. (2017). Adapting meaning-centered psychotherapy for the palliative care setting: Results of a pilot study. *Palliative medicine*, 31(2), 140-146. <http://dx.doi.org/10.1177/0269216316651570>

Ruijs, C. D., Onwuteaka-Philipsen, B. D., van der Wal, G., y Kerkhof, A. J. (2009). Unbearability of suffering at the end of life: the development of a new measuring device, the SOS-V. *BMC Palliative Care*, 8(1), 1-10. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-684X-8-16>

Saracino, R. M., Rosenfeld, B., Breitbart, W., y Chochinov, H. M. (2019). Psychotherapy at the end of life. *The American Journal of Bioethics*, 19(12), 19-28. <http://dx.doi.org/10.1080/15265161.2019.1674552>

Sanchez-Abad, N., Rousad, A., Palacios, X. y Andrade, M.F. (2014). Modelo cognitivo conductual. En F. L. Gil-Moncayo (Ed.), *Counselling y psicoterapia en cáncer* (pp. 173-180). Elsevier.

Serfaty, M., King, M., Nazareth, I., Moorey, S., Aspden, T., Tookman, A., y Jones, L. (2019). Manualised cognitive behavioural therapy in treating

depression in advanced cancer: The CanTalk RCT. *Health Technology Assessment*, 23(19). 1-134. <http://dx.doi.org/10.3310/hta23190>

Stolberg, M., Kennedy, L., y Unglaub, L. (2017). *History of Palliative Care, 1500-1960*. Springer.

Verhofstadt, M., Van Assche, K., Sterckx, S., Audenaert, K., y Chambaere, K. (2019). Psychiatric patients requesting euthanasia: Guidelines for sound clinical and ethical decision making. *International journal of law and psychiatry*, 64, 150-161. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.04.004>

Von Blanckenburg, P., y Leppin, N. (2018). Psychological interventions in palliative care. *Current opinion in psychiatry*, 31(5), 389-395. <http://dx.doi.org/10.1097/YCO.0000000000000441>

Winograd, R. (2012). The balance between providing support, prolonging suffering, and promoting death: Ethical issues surrounding psychological treatment of a terminally ill client. *Ethics & Behavior*, 22(1), 44-59. <https://doi.org/10.1080/10508422.2012.638825>