



Valentín Martínez-Otero Pérez
J. Martín Ramírez
(Dir.)

DEPRESIÓN, SUICIDIO Y EUTANASIA



UNIVERSIDAD
NEBRIJA

Cátedra Global Nebrija Santander
en Gestión de Riesgos y Conflictos



UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID

Grupo Psicosociobiología de la Violencia:
educación y prevención



Depresión, suicidio y eutanasia

**LXIV CICA y
Jornadas Complutenses
Internacionales 2022**

Programa y Presentaciones
Madrid, 22-23 de septiembre de 2022



UNIVERSIDAD
NEBRIJA

Cátedra Global Nebrija Santander
en Gestión de Riesgos y Conflictos



UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID

Grupo Psicosociobiología de la Violencia:
educación y prevención



© **Universidad Nebrija y CICA**

Cátedra Global Nebrija Santander en Gestión de Riesgos y Conflictos

Editorial:

Universidad Antonio de Nebrija

Diseño y maquetación:

Servicio de Publicaciones de la Universidad Nebrija

Imagen de portada:

“La niña enferma” (1885-1886), de Edvard Munch

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en un sistema de recuperación o transmitida de ninguna forma o por ningún medio, ya sea fotocopiadora electrónica o mecánica, sin el permiso previo de los Editores.

ISBN: 978-84-122599-9-5

Depósito Legal: M-19609-2022

Impreso en España. 2022

Contenido

Introducción	5
Comités	13
Patrocinadores	15
Programa científico	17
Presentaciones	23
Participantes	229
Publicaciones de CICA	247

Introducción

*Querido Dios, ¡calamidad otra vez!
Estaba todo tan tranquilo, tan sereno.
Habíamos empezado a romper las cadenas
que ataban a los nuestros en la esclavitud
cuando ¡alto! Otra vez la sangre de la gente
está corriendo.*

Este poema titulado: ¡Calamidad otra vez!, pertenece a Taras Shevchenko (1859), cuya versión original fue escrita en ucraniano. Shevchenko nació en una familia de siervos, en un Estado que ahora es Ucrania, y a la sazón era parte del Imperio ruso.

En la trágica circunstancia creada por la invasión armada de Ucrania por Rusia, queremos mostrar nuestro apoyo al pueblo ucraniano.

Como dice el Himno nacional de Ucrania: “Ucrania aún no ha muerto, ni su gloria ni su libertad”, toda una consigna de afirmación patria y de resistencia frente a la barbarie.

Nos pareció obligado empezar esta introducción con algo que, aunque no coincide con el tema del presente LXIV CICA, es objetivo prioritario de nuestro Grupo de Investigación Complutense: la condena de la violencia en cualquiera de sus manifestaciones. Obviamente, aquí nos referimos a la crueldad de la invasión de Ucrania por parte de Rusia.

El éxodo de personas -más de seis millones en el momento de escribir estas líneas- que huyen de la ofensiva que Rusia ha lanzado sobre Ucrania es el de más rápido crecimiento en Europa desde la Segunda Guerra Mundial, y la resistencia heroica de Ucrania es un ejemplo para el mundo.

Tras los párrafos anteriores, de dramática y aun trágica actualidad, procede consignar que la idea de elaborar el presente libro sobre Depresión, Suicidio y Eutanasia surgió con una observación del embajador Javier Jiménez-Ugarte, durante un Consejo de Patronos de la Fundación CICA Internacional, celebrada poco después del suicidio de la por todos querida Verónica Forqué, y que llevó a reflexionar sobre la ley de la eutanasia, que se acababa de aprobar en España.

En concreto, el presente libro es producto de una selección de contribuciones al LXIV CICA, organizado por la Universidad Complutense de Madrid, la Universidad Antonio de Nebrija y la Fundación CICA Internacional.

La consideración introductoria sobre los tres términos que dan título a esta obra nos lleva a decir, en primer lugar, que la depresión supone un alto riesgo de suicidio y es una de las principales causas de enfermedad y discapacidad a nivel mundial. Ya indica un Informe de la UNICEF (2022) que los trastornos mentales generan gran sufrimiento, no siempre atendido. De ahí su énfasis en la necesidad de promover, prevenir y cuidar la salud mental, pues resulta innegable que ofrece a las personas la oportunidad de desarrollarse y participar en los distintos ámbitos vitales. Por eso, este nuevo libro del Grupo de Investigación Complutense: Psicosociobiología de la Violencia: educación y prevención, conjuntamente con la Fundación CICA Internacional, pretende sensibilizar a la comunidad educativa, y, en general, a la sociedad y a los responsables políticos, sobre ciertas condiciones psicosociales adversas que acrecientan el riesgo de sufrir depresión, lo que puede contribuir igualmente de modo decisivo a la prevención de suicidios.

La WHO/OMS (2021) alerta de que las barreras para una intervención eficaz en los estados depresivos, que pueden conducir al suicidio,

incluyen la falta de recursos, la ausencia de atención sanitaria capacitada y el estigma social asociado a los trastornos mentales. En países de todos los niveles de ingresos, las personas que experimentan depresión no suelen recibir un diagnóstico correcto y, sin embargo, no es extraño que a personas que no tienen el trastorno se les haga un diagnóstico erróneo y se les receten antidepresivos.

Queremos insistir en que el suicidio es evitable, aunque para ello se necesita una mejor comprensión de las características y circunstancias asociadas, de los factores de riesgo y de protección, con el concurso de estrategias de prevención adecuadas, cualquiera que sea la franja etaria (Ertl, Crosby y Blair, 2020).

De nuevo en clave de lamentable actualidad, la guerra de Ucrania y la crisis generada por la pandemia de Covid-19 acrecientan la preocupación en relación al aumento de los estados depresivos y de las tasas de suicidio. Las personas, sobre todo las de las zonas en conflicto bélico, están directamente expuestas a los horrores de la guerra, pero también se pueden sentir sus consecuencias a nivel mundial, siquiera sea por su omnipresencia, altamente ansiógena, en los medios informativos y por su negativo impacto socioeconómico. Lo mismo acontece en la crisis sanitaria global, con alrededor de seis millones de personas fallecidas en todo el mundo, más de cien mil en España, y otros nocivos efectos derivados de los cierres escolares y empresariales, con disminución de servicios y mayor penuria socioeconómica generalizada.

Muchos de los suicidios se producen en un contexto depresivo. A este respecto, Alonso Fernández (2006) sostiene que debe tenerse en cuenta que todo proceso mórbido ejerce un influjo regresivo en la personalidad, lo que con frecuencia conlleva una disminución de la competencia racional o electiva en relación a ciertos asuntos, entre ellos el de la muerte. Como señala este autor, la tendencia autodestructiva es inherente a la depresión y la mayor parte de los deseos de morir, tanto si se trata de eutanasia como de suicidio, encontrarían un encauzamiento apropiado si se dispusiese de pertinentes medidas terapéuticas.

Recientemente, el 13 de junio de 2022, el experto en cuidados paliativos Enric Benito decía en el diario ABC en el marco de una lección de amor a la vida frente a quienes predicán la cultura de la muerte: “Es más profesional, elegante y humano acabar con el sufrimiento que acabar con la vida”.

La identificación de la “suicidalidad” o tendencia suicida (ideación suicida e intentos de suicidio) y el tratamiento temprano de los trastornos depresivos constituyen algunas de las estrategias más relevantes en la prevención del suicidio, aunque, como queda dicho, la depresión a menudo no se reconoce ni se aborda terapéuticamente. De forma general, al estilo de la propuesta de Wasserman et al. (2021), nuestros objetivos se compendian en aumentar la conciencia científica y social sobre la depresión, el suicidio, la eutanasia y la salud mental, eliminar las barreras para la atención y promover conductas de búsqueda de ayuda y factores de protección, como el apoyo social y las habilidades de afrontamiento, especialmente si se trata de grupos o personas vulnerables. Una de las franjas etarias donde más aumentan los comportamientos suicidas es la juventud, también entre los universitarios, a los que principalmente se destina el presente libro.

Según un comunicado reciente del Grupo de Trabajo Multidisciplinar sobre Salud Mental en la Infancia y Adolescencia (2022), la pandemia ha provocado un aumento de hasta el 47% en los trastornos de salud mental de los menores y un 59% los comportamientos suicidas, si se comparan estos datos con los de 2019. En el año 2020 se suicidaron en España 14 menores de 15 años, el doble que el año anterior, y entre los jóvenes de 15 a 29 años el suicidio es ya la segunda causa de fallecimiento, tras los tumores malignos.

Además de prevenir el sufrimiento, la depresión y el suicidio en la etapa infanto-juvenil, también queremos apoyar la crianza de los hijos, mejorar la educación o las oportunidades de capacitación, y animar la mejora de las condiciones en las instituciones escolares y organizaciones laborales, al igual que en otros entornos.

En relación a la eutanasia, término derivado del latín *euthanasia*, y este del griego εὐθανασία ‘muerte dulce’ (RAE, 2021), hay una enorme controversia derivada de los múltiples aspectos jurídicos, sociales, culturales, religiosos, sanitarios, etc., que se dan cita. Se sabe que en ocasiones la persona que demanda la eutanasia sufre depresión, algo que, como indica la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP, 2021), resulta preocupante, ya que su solicitud de muerte puede deberse a la presencia de la enfermedad depresiva, la cual hace necesaria la atención terapéutica en lugar de acceder a la letal petición.

A partir de lo recogido por Math & Chaturvedi (2012), debe diferenciarse al menos entre la eutanasia activa (administrar algo, por ejemplo, productos químicos, para causar la muerte) y la eutanasia pasiva (retirar el tratamiento o las medidas de apoyo que mantenían la vida). Es frecuente también diferenciar entre la eutanasia voluntaria (solicitada por el propio paciente), eutanasia no voluntaria (sin el consentimiento del paciente, que no está en condiciones de manifestarse) y eutanasia involuntaria (el paciente no es consultado o se expresa contrario a la misma). Pues bien, nuestro posicionamiento científico y ético nos lleva a reafirmar el valor intrínseco y la dignidad personal de todo ser humano, cualesquiera que sean las condiciones en que se halle, y, por lo mismo, el deber profesional de hacer todo lo posible por aliviar su dolor o sufrimiento. En sintonía con el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España (CGCOM, 2020), y en concreto en lo relativo a la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia, explicitamos nuestro compromiso con la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de salud. También la Asociación Médica Mundial reiteró hace pocos años su firme oposición a la eutanasia y al suicidio asistido por los profesionales médicos (AMM, 2019).

Aunque este libro se escribe por profesionales de distintos ámbitos y países (Norteamérica, Hispanoamérica, Sudáfrica y España, país anfitrión), las anteriores consideraciones médicas nos sirven de referencia para afirmar que la ley no puede adoptarse como una “licencia para matar”. Nuestra mirada pluridisciplinar (médica, psicológica, pedagógica, jurídica...) y nuestros respectivos quehaceres profesionales se

asientan por igual en el concepto y en la dignidad de la persona, piedra angular de esta obra colectiva que da continuidad a nuestros anteriores trabajos, en particular al libro: *Violencia y salud mental* (Martínez-Otero, V. & Ramírez, J. Martín; Dirs., 2020), publicado por la Editorial de la Universidad Nebrija (Madrid), a la que tanto agradecemos estas publicaciones. La investigación y la docencia, a las que nos dedicamos, se convierten así, merced a esta labor de difusión científica y frente a la tendencia tanatófila (atracción por la muerte) que parece extenderse inquietantemente por doquier, en una aventura maravillosa distinguida por el fomento de la cultura de la vida.

No queremos cerrar estas líneas introductorias sin nuestro cordial y enfático agradecimiento a los Rectores de las Universidades que de un modo u otro patrocinan este LXIV CICA/Jornadas Internacionales 2022: el Dr. Goyache, de la UCM, y el Dr. Muñiz, de la Universidad Nebrija. Estos apoyos académicos convergentes acrecientan el entusiasmo con que nace este proyecto científico y humanístico. También es de agradecer la generosidad de los ponentes, que comparten con nosotros su conocimiento y experiencia, así como la labor del Grupo de Investigación Complutense: *Psicosociobiología de la Violencia: educación y prevención*, y de la Cátedra Nebrija-Santander sobre *Gestión de Riesgos y Conflictos* (Universidad Nebrija), dirigidos respectivamente por los firmantes de esta Introducción. Una gratitud que se extiende al alumnado de la Facultad de Educación de la Universidad Complutense de Madrid por su asistencia y participación en este LXIV CICA, que profundiza en grandes problemas de nuestro tiempo.

Valentín Martínez-Otero Pérez
Jesús Martín Ramírez
Madrid, 22 de septiembre de 2022

Referencias bibliográficas

- Alonso Fernández, F. (2006). *El hombre libre y sus sombras. Una antropología de la libertad. Los emancipados y los cautivos*. Barcelona, Anthropos.
- AMM (2019). *Declaración de la AMM sobre la eutanasia y suicidio con ayuda médica*. <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-sobre-la-eutanasia-y-suicidio-con-ayuda-medica/> Fecha de acceso: 9 de mayo de 2022.
- CGCOM (2020). *La profesión médica reafirma su compromiso con la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de su salud*. Documento disponible en: https://www.cgcom.es/noticias/2020/09/20_09_17_eutanasia Fecha de acceso: 9 de mayo de 2022.
- Ertl, A., Crosby, A. E. y Blair, J. M. (2020). Youth suicide: an opportunity for prevention. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59 (99), 1019-1021. <https://www.jaacap.org/action/showPdf?pii=S0890-8567%2820%2930067-8>
- Grupo de Trabajo Multidisciplinar sobre Salud Mental en la Infancia y Adolescencia (2022). *Comunicado*. https://www.aeped.es/sites/default/files/20220407_np_salud_mental_infancia_y_adolescencia.pdf Fecha de acceso: 25 de mayo de 2022.
- Martínez-Otero, V. y Martín Ramírez, J. (Dirs.) (2020). *Violencia y salud mental*. Madrid, Nebrija.
- Math, S. B., & Chaturvedi, S. K. (2012). Euthanasia: right to life vs right to die. *The Indian journal of medical research*, 136(6), 899-902.
- RAE (2021). *Diccionario de la lengua española*, 23ª edición (versión 23.5 en línea).

- SEP (2021). *Eutanasia y enfermedad mental. Posicionamiento de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre la “proposición de ley orgánica sobre la regulación de la eutanasia”*. [http://www.sepsiq.org/file/Grupos%20de%20trabajo/SEP-Posicionamiento%20Eutanasia%20y%20enfermedad%20mental-2021-02-03\(1\).pdf](http://www.sepsiq.org/file/Grupos%20de%20trabajo/SEP-Posicionamiento%20Eutanasia%20y%20enfermedad%20mental-2021-02-03(1).pdf) Fecha de acceso: 11 de mayo de 2022.
- UNICEF (2022). *Estado Mundial de la Infancia 2021. En mi mente. Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*. UNICEF, Nueva York.
- Wasserman, D., Carli, V., Losue, M., Javed, A. y Herrman, H. (2021). Suicide prevention in psychiatric patients. *Asia-Pacific Psychiatry*, 13(3): e12450. doi: 10.1111/appy.12450.
- WHO (2021). *Depression. Fact sheet*. Available online at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/> Fecha de acceso: 8 de marzo de 2022.

Comité Organizador

Presidentes del LXIV CICA

- **Prof. Dr. Jesús Martín Ramírez**
Presidente de CICA International
Director de la Cátedra de Gestión de Riesgos y Conflictos, Universidad Nebrija (Madrid)
- **Prof. Dr. Valentín Martínez-Otero Pérez**
Director del Grupo de Investigación: Psicosociobiología de la Violencia: Educación y Prevención, Universidad Complutense (Madrid)
Presidente del Centro Asturiano de Madrid

Miembros del Comité Organizador

- **Dr. Miguel Bettin**
Presidente del IEPSIV, Bogotá y
Director del Centro Iberoamericano CICA para Formación e Investigación
- **Prof. Dr. Juan Cayón Peña**
Rector del Centro Internacional CICA para Formación e Investigación
- **Dr. Luis García Segura**
Coordinador de la Cátedra de Gestión de Riesgos y Conflictos,
Universidad Nebrija
- **Profª. Dra. Pilar Gútiérrez Cuevas**
Profesora Titular de Didáctica,
Universidad Complutense de Madrid
- **Prof. Dr. Jesús Martín Ramírez**
Director de la Cátedra de Gestión de Riesgos y Conflictos,
Universidad Nebrija

- **Prof. Dr. Valentín Martínez-Otero Pérez**
Director, Grupo de Investigación: Psicosociobiología de la Violencia,
Universidad Complutense de Madrid
- **Prof. Dr. José Vicente Merino**
Catedrático de Pedagogía,
Universidad Complutense de Madrid
- **Prof. Dr. José Muñiz**
Rector de la Universidad Nebrija
- **Prof. Dr. Jesús Poveda**
Profesor Emérito, Director del *Empathic Reactive Media Lab*, Departamento de Psiquiatría,
Universidad Autónoma de Madrid
- **Profª. Dra. Belén Sáenz-Rico de Santiago**
Directora del Dpto. de Estudios Educativos,
Universidad Complutense de Madrid
- **Profª. Dra. Sara Uceda**
Decana de la Facultad de Ciencias de la Vida y de la Naturaleza,
Universidad Nebrija

Patrocinadores



UNIVERSIDAD
NEBRIJA

Cátedra Global Nebrija Santander
en Gestión de Riesgos y Conflictos



UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID

Grupo Psicosociobiología de la Violencia:
educación y prevención



Con la colaboración de:



CENTRO ASTURIANO
DE MADRID

 **Santander**
Universidades

Programa

Con este LXIV CICA International Conference/Jornadas Complutenses Internacionales 2022 sobre “Depresión, Suicidio y Eutanasia”, organizadas por el Grupo de Investigación Complutense “Psicosociobiología de la Violencia: educación y prevención” junto con la Fundación CICA International y la Cátedra Global Nebrija-Santander sobre Gestión de Riesgos y Conflictos se pretende un intercambio científico y humanístico entre los miembros del Grupo que actualmente trabajan en distintas temáticas relacionadas con otros reconocidos profesionales a nivel nacional e internacional.

Como objetivo principal, las Jornadas Complutenses Internacionales 2022 (LXIV CICA) quieren promover una mirada humanística y científica de carácter pluridisciplinar (psicológica, pedagógica, médica, jurídica...), ofrecida desde distintos países y ámbitos profesionales, en torno a cuestiones de lamentable actualidad compendiadas en el trinomio que da título a este libro: Depresión, Suicidio y Eutanasia. Los diversos trabajos recogidos en esta obra colectiva se asientan por igual en el concepto y en la dignidad de la persona. La investigación y la docencia, a las que nos dedicamos, se convierten así, merced a esta labor de difusión científica y frente a la tendencia tanatófila (atracción por la muerte) que parece extenderse inquietantemente por doquier, en una aventura maravillosa distinguida por el fomento de la cultura de la vida.

22 de septiembre (mañana)**11:00 - 13:30 h**

11:00 h.

Sesión de Apertura:

- **Dr. Joaquín Goyache**
Rector de la Universidad Complutense de Madrid, o su representante
- **Dr. Sara Uceda**
Decana de Ciencias de la Vida, Universidad Nebrija
- **Dra. Belén Sáenz-Rico de Santiago**
Directora del Dpto. de Estudios Educativos, Universidad Complutense de Madrid
- **Dr. Jesús Martín Ramírez**
Presidente de la Fundación CICA International
- **Dr. Valentín Martínez-Otero Pérez**
Director del Grupo Complutense de Investigación: Psicosociobiología de la Violencia: Educación y Prevención
- **Dr. Jesus Poveda**
Fundador/Director del Empathic Reactive Media, Universidad Autónoma de Madrid

12:00 h.

1ª sesión:**DEPRESIÓN Y SUICIDIO**

MODERADOR:

- **Dr. Jesús Martín Ramírez**
Director de la Cátedra Global Nebrija Santander sobre Gestión de Riesgos y Conflictos, Presidente de la Fundación CICA International

PARTICIPANTES:

- **Dr. Tina Lindhard**
Consciousness Studies, International University of Professional Studies (IUPS), Maui, Hawaii, (USA)
Suicide and its connection to inadequate parenting
- **Dr. Valentín Martínez-Otero Pérez**
Facultad de Educación de la Universidad Complutense de Madrid (España)
La depresión en la etapa infanto-juvenil
- **Dr. Maite Iglesias López y D^a María Cristina Papadakis**
Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Francisco de Vitoria (España)
La problemática del suicidio ante la falta de sentido

- **Dr. Damian Ikechi Onyekwere**

Vice-Secretary of the CICA International Foundation

Papel de los neurotransmisores en la agresión e ideación suicida

- **Dr. Juan Cayón**

VicePresidente de la Fundación CICA International

Romanticismo y suicidio

13:15 h.

Preguntas y respuestas

22 de septiembre (tarde)

16:00 - 19:00 h

16:00 h.

2ª sesión:

CULTURA DE LA VIDA. SUICIDIO. ABORTO, MATERNIDAD, GESTACIÓN SUBROGADA

Carta de una chica que gracias al Dr. Jesús Poveda decidió tener al hijo que esperaba



MODERADOR:

- **Dr. Jesús Poveda**

Fundador/Director del Empathic Reactive Media, UAM

PARTICIPANTES:

- **Dr. Jesús Martín Ramírez**
Presidente de la Fundación CICA Internacional
Aborto y maternidad subrogada
- **Dr. Miguel Bettin**
Presidente del IEPSIV y Director del Centro Iberoamericano CICA para Investigación y Formación
Suicidio y Conductas Adictivas
- **D^a Carmen Sabino, MgSc**
Universidad de los Andes, Mérida (Venezuela)
Sacar lo mejor del adolescente, previene el suicidio

16:40 h.

3ª sesión

RESPUESTA DE LA SOCIEDAD FRENTE A LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO

MODERADOR:

- **Dra Pilar Gútiéz Cuevas**
Profesora Titular,
Universidad Complutense de Madrid

PARTICIPANTES:

- **Dr. Juan Eduardo Carreño Pavez**
Director del Centro de Bioética, Universidad de los Andes, Chile
La valoración de la vejez en los tiempos de la antiaging medicine: prejuicios subyacentes al debate contemporáneo acerca de la eutanasia y el suicidio asistido
- **Dra. M^a Rosario Limón Mendizábal**
Catedrática de la Facultad de Educación, Universidad Complutense de Madrid
Dra. María E. Chalfoun Blanco
Facultad de Educación, Universidad Complutense de Madrid
La relevancia de la intervención educativa en el desarrollo de la salud emocional en adultos mayores: claves en la prevención de la depresión
- **Dr. Gregorio Gómez Jarabo**
Profesor de la Universidad Autónoma de Madrid
Entre la vida y la muerte
- **Dr. Alberto Alonso Babarro**
Coordinador Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Universitario La Paz
Eutanasia, ¿es esta la ley que necesitamos?

18:00 h.

Preguntas y respuestas

23 de septiembre (mañana)

12:00 - 14:00 h

12:00 h.

4ª Sesión:

LÍNEAS DE TRABAJO DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN: PSICOSOCIOBIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA: EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN

CLAUSURA:

• **Dr. Jesús Martín Ramírez**

Presidente de la Fundación CICA International

• **Dr. Valentín Martínez-Otero Pérez**

Director del Grupo Complutense de

Investigación: Psicosociobiología de la Violencia: Educación y Prevención

Presentaciones

SUICIDE AND ITS CONNECTION TO INADEQUATE PARENTING

Tina Lindhard.

Consciousness Studies, International University of Professional Studies (IUPS), Maui, Hawaii, (USA).

Correspondencia: consol.tina@gmail.com

Resumen

Suicide is a complex phenomenon, which is multifaceted and probably depends on several interconnected factors. Here, the possible link between suicide, or suicide ideation, and the lack of a loving parental presence, particularly that of the mother, in infancy and early childhood, is explored. Presented considerations include animal studies, such as Harlow's study using infant monkeys, enforced parent-child separations involving First Nations and Métis Peoples, which took place in Canada as part of colonial policies, and research from developmental psychology, neurobiology and animal epigenetics, which indicate inconsistent parenting and/or neglect may lead to long-term mental health problems. The role of feeling-based heart consciousness, which is related to our overall well-being, is also discussed. In conclusion, I suggest we need to reflect deeply on the breakdown of the family, the modern lifestyle, and the possible long-term health hazards these tendencies are creating.

Introducción

Death of a person, especially a young person, moves us; when death is a suicide

and not an illness or an accident, it affects us much more. And it should do; life is a gift to be appreciated and celebrated. We must ask what went wrong, is it something to do with the person, their past, or has society and the way we are living something to do with it? In this article, I reflect on these questions, not necessarily to find definite answers but to open a debate about how present-day society is living, the breakdown of the traditional family structure, and the possible link between suicidal behaviour and inadequate parenting, at least in some cases.

According to the World Health Organization (WHO) over 700,000 suicide deaths were recorded in 2019 (Who, 2021); of these, 47,511 were in the USA. Although in 2020 the suicide rate dropped slightly in America, which is consistent with a world decline of over 40% during the past two decades, it still is the tenth leading cause of death in the US. “Demographic disparities in suicide persist, as evidenced by increasing rates among persons aged 25–34 years, Hispanic males, and non-Hispanic multiracial females” (Ehlman et al, 2022, Summary). Belgium leads the field of European countries, where assisted doctor-assisted deaths (euthanasia) are probably included in their figures (World Population review). Suicide is the fourth leading cause of death among 15-19 year-olds, and 77% of global suicides occur in low- and middle-income countries (Who, 2021), which is very worrying as every living being holds an important potential role in society. More males commit suicide than females (Miranda and Jeglic, 2022), and the rate in young adults is roughly 2-4 times higher in males (Miranda-Mendizabal et al, 2019). Although males die by suicide more often, females have more suicidal thoughts, and suicide attempts in females are 3-9 times more common than in males (Wunderlich et al and Easton, 2012 in Miranda-Mendizabal et al, 2019).

Suicide is a serious public health concern. There are many definitions, the simplest being: “intentional self-inflicted death” (Masango, Rataemane & Motojesi, 2008, p. 25). Shneidman’s (1985) definition is more complete, and he considers in the Western world, suicide is “a conscious act of self-induced annihilation, best understood as a multidimensional malaise in a needful individual who defines an issue for which the suicide is perceived as the best solution” (p.4). He emphasizes the psychological component as the “trunk” and the biochemical component as the “roots” and the method, “the contents of the suicide note, and calculating effect on the survivors and so on, are the branching limbs, the flawed fruit, and camouflaging leaves (p. 4). Despite admitting the multifaced nature of

suicide, including “biological, cultural, sociological, interpsychic, logical, conscious, and unconscious, and philosophical elements”, his emphasis is on the trunk as the “psychological component - the problem-solving choice – the best choice to a perceived problem” (p. 4).

Is Suicide purely to do with the ‘best choice’?

I do not uphold that taking one’s own life is necessarily linked to problem solving and choice; at least, this may not be the case in all instances. To back up this conjecture, I first look at investigations into several extreme life situations connected with suicide, suicide ideation, self-harm and/or mental health problems, and then reflect on these examples.

Harlow’s monkeys

Harlow’s experiment with infant monkeys in the nineteen sixties showed that primates need more than food to socialize adequately. When reintroduced to the group, the socially isolated monkeys were unsure how to interact; many stayed separate from the others, and “some even died after refusing to eat”. They demonstrated “disturbed behaviour, hyperactive behaviour, and even self-mutilation” (APS, 2018, para 2). This experiment reveals the importance of contact with the mother figure beyond the need for food, and where contact with something soft is preferred to nothing. For overall health, timely attention, affect, feeling, warmth, and contact are necessary for the socialization process, suggesting insufficient parenting can lead to certain behaviours such as self-harm, which are not based on a conscious cognitive choice by the individual.

Residential School System and foster care in Canada

In Canada, children of First Nation and Métis people were forcefully separated from their parents and put into the Indian Residential School (IRS) system as part of the forced assimilation policies by the Canadian Government, which also involved various Christian religious institutions. The explicit objectives of this system were “indoctrinating them into Euro-Canadian and Christian ways of living and assimilating them into mainstream white Canadian society” (Hanson, Gamez & Manuel, 2020, What were Residential Schools, para 1).

This system operated from the mid-1800s until the 1990s. Children underwent extreme hardships in these schools, experiencing institutional neglect, including sexual abuse and even death. “In May, Canadians were shocked at the discovery of the remains of 215 children at the site of a former school in British Columbia. The bodies belonged to Indigenous children, some as three years old, who went through Canada’s state-sponsored ‘residential school’ (Voce, Leyland & Michael, 2016, para 1). “Childhood sexual abuse (CSA) and childhood physical abuse (CPA), are one of the strongest predictors of mental disorders and suicide (Santa Mina and Gallop, and Evans, Hawton and Rodham in Labonté and Turecki, 2012, sect. 13.1 para 3).

The Truth and Reconciliation Commission (TRC) (2015) labelled the residential school system as a case of “cultural genocide”. Although now closed, these schools have disrupted families for generations and still affect the survivors and their descendants “who now share in the intergenerational effects of transmitted personal trauma and loss of language, culture, traditional teachings, and mental/spiritual wellbeing” (Hanson, Gamez & Manuel, 2020, Ongoing Impacts, para 1). Many of the children of parents who attended the IRSs, do not live with one of their biological parents and often land up in the child welfare system (CWS) and foster care (Kelly-Scott, K. & Smith, 2015). Kasper (2014) found that Métis adults who had experienced foster care have a greater risk of suffering from long term depression and suicidal ideation than those who had never been in foster care. The Cedar Project Partnership (2015), working with a group of 605 participants of which 65% had been taken from their biological parents, found that “participants who had been involved in the child welfare system were also more likely to have been homeless, paid for sex, diagnosed and hospitalized with mental illness, self-harmed, thought about suicide, and attempted suicide” (Abstract).

The sad outcome of the Residential School System is that “generations of children have grown up without a nurturing family. As adults, many of them lack adequate parenting skills and, having experienced abuse, in turn, abuse their children and family members”. The imposed system has also severed the ties through which Indigenous culture is traditionally taught and sustained and contributed to a general loss of language and culture. “From the 1990s onward, the government and the churches involved—Anglican, Presbyterian, United, and

Roman Catholic—began to acknowledge their responsibility for an education scheme specifically designed to “kill the Indian in the child.” (Hansen, Gamez & Manuel, 2020, What were Residential Schools, para 3). In Australia, a disproportionate number of Aboriginal and Torres Strait Island children were also put into home care and separated from their biological parents (Blackstock, Bamblett & Black, 2020).

The need for loving Parents

In humans, Winston & Chicot (2016) uphold the need for “loving nurture in the emotional, social and cognitive development of children” and claim that “parenting is, therefore, more important than we could ever have imagined” (Why this matters to me). They point out how modern-day parents are often not prepared for this role. When we still lived as extended families, as we have done for over tens of thousands of years, the young girls would have been accustomed to seeing women breastfeeding their babies and witnessing how their brothers and sisters were cared for by their parents, the extended family, and the community. They would have been immersed in this knowledge and, in their time, this knowledge would not only have come to them naturally, but they would know they also had a supportive community to help them in the task. A well-known saying of African origin maintains that “it takes a village to raise a child” (Goldberg, 2016, du Toit & Edwards, 2022). “A first-time pregnant woman today often only has her pregnancy (a mere nine months) to prepare for being a parent. She can therefore be hit hard by the shock of being a new parent” (Winston & Chicot, 2016 p.13). This statement is probably more prevalent in certain countries, where there is high mobility due to job opportunities, often resulting in the breakdown of the extended family. The UK has one of the lowest rates in Europe of breastfeeding, and, in a survey, a third of UK parents reported never having seen a family member breastfeed their child. Only 20% of British babies are breastfed by 6 weeks of age, probably due to the stress and distress of the mum (Winston & Chicot, 2016).

Studies in rats

The relatively new field of epigenetics shows how we live our lives impacts our genes and brains. Studies in mice reveal that related and unrelated mice “put in

the care of loving mothers (who are attentive and lick them caringly) grow up to be better mothers themselves when they have pups”. Interestingly, this effect can extend “over two generations with granddaughter mice being better mothers and being able to cope with stress better, all because their grandmother took good care of their mother. These long-lasting benefits of good parenting in mice depend on chemical changes in their DNA and the ‘methylation changes in the brains of mice have now also been discovered in human brains. It has also been ascertained that the chemical patterns found in the brains of neglected mice, also show up “in the brains of people who committed suicide and were abused as children” (Champagne et al. in Winston & Chicot, 2016, p.13).

Adopted children from orphanages in Rumania

Long term studies conducted on adopted children from orphanages in Rumania in the early nineties reveal that 69% of those children who were adopted when they were under six months show normal brain functioning when they reach six years. This percentage drops progressively, with only 22% of children adopted between the age of two and three and a half years showing normal functioning (Rutter M. 1985). It seems the younger the adoption of the child, the more chance of making a full recovery (Weir, 2014). These studies reveal that early deprivation has long term effects on children even when adopted by loving parents with the “adopted Romanian orphans still suffering in adulthood” (BBC, 2017). Indicators in Sweden show that adopted children from varying countries are more likely to register “suicide deaths, court sentences, discharges for psychiatric illness, suicide attempts and substance abuse” than their Swedish counterparts also born between 1970-79 (Hjern *et al*, 2002, abstract).

Reflections

During colonization, “indigenous peoples worldwide lost their land, resources, connection to ancestors in burial places, and control over their lives (and) broke down traditional structures, institutions, and families” (Nesterova, 2017, point 1). This tendency was more acute in some countries, and some colonizers were much harsher than others, but this is not the place to go into this here. The breakdown of the traditional indigenous way of living has had long term consequences which affect mental health. It may well be argued that our present

lifestyle is also doing to colonizers and the European population what they did to the indigenous people. The traditional family structure, especially the extended family, is breaking down in many countries, pointing to a possible correlation between mental health and the quality of one's family life. Early life adversaries for whatever reason may be one of the factors that predispose certain individuals to develop depressive and suicidal behaviours (Labonté and Turecki, 2012). The extended use of anxiolytics and antidepressants by all sections of the population, including youngsters, tells us we are out of sync with Nature and with our Self (Lindhard, 2020). In the USA alone, it is estimated that "40 million people take psychiatric drugs" (Advisory Board, 2016). Life in our long distant past might have been more difficult physically, but these days life is challenging mentally. Modern-day material abundance has not brought the overall happiness it purported to do.

I, like Winston & Chicot (2016), feel that loving parenting is vital for our overall well-being. Harlow's experiment shows that infant monkeys need social interaction to know how to interact adequately with their group. Research too shows that the chemical patterns of the brains of neglected mice reveal similar patterns to those of people who have committed suicide (Champagne et al. in Winston & Chicot, 2016, p.13). Humans have a long period of dependency on their parents, and they need to receive adequate protection and care.

But this might not be all, and I feel the importance of the heart is being overlooked by many psychologists when considering its function in successful parenting and at the other end of the scale, the implication of the heart's role in understanding the tendency to suicide. This is understandable because there is no subfield in psychology to contemplate these issues and accommodate the growing body of knowledge involving the possible vital role the heart plays in our overall wellbeing. This has resulted in the lack of general awareness of the research into the heart by the HeartMath Institute, isolated psychologists, heart-based meditation practices, and the implications of the order of the development of the heart during our embryonic past. Cognitive psychology was a reaction to behaviourism where, instead of looking for the cause of behaviour in the world outside, the cause was sought in the mind, which, in humans, is seen as being related to information processing linked to the human brain (Li, T., Zheng, Y., Wang, Z. *et al.*, 2022). This subfield "explores the operation of mental processes

related to perceiving, attending, thinking, language, and memory, mainly through inferences from behaviour” (APA Dictionary of Psychology). However, the term cognition is derived from the Latin word *cognoscere*, meaning ‘to know’ or ‘to come to know’ and is a compound of *co-* (“together”) and *gnōscere*, an early form of *nōscere* (“to know”) (Partridge in Chaney, 2013, 2.2. para 2), which suggests that the original meaning of the term cognition is linked to knowing and epistemology.

To understand heart-consciousness and its link to knowing, I turn to studies involving heart-based meditation methods like Prayer of the Heart, which in its accelerated form, focuses on the somatic sense of self in the chest” (Louchakova, 2005, p. 295). The phenomenological analysis of this method uncovers the inner structure of consciousness as consisting of the ‘mind of the Heart’ as opposed to ‘mind of the head’” (Louchakova, 2005, p. 295). It seems the head and the heart give rise to different ways of knowing, where intentional consciousness is associated with the head and usually consists of “self-reflective, analytic/synthetic, logic-based constructs as opposed to the lived experience in the chest” (Louchakova, 2005, p. 295), and the heart with intuition or gnostic way of knowing.

Louchakova’s analysis of consciousness is consistent with the initial levels outlined by Arka (2013) in his theory known as the Six Main Levels of Consciousness which is based on phenomenological experiences when exploring one’s own consciousness. The first level he identifies is M (Mind) – Consciousness, which is the outer layer, and “manifests on the surface of the cerebral region. As it becomes sharpened by the cultivation of learning, it evolves into a faculty called intellect”. This level is the focus of interest of most cognitive psychologists. However, below our thinking mind, Arka identifies other levels including the subliminal mind and the feeling mind; the latter prevails in the heart area and can thus be called the Heart of Heart-Consciousness, and includes an emotional faculty called intuition. “Almost all mothers have this faculty naturally available and readily accessible to help them understand the intense needs of their children and people they care about” (Arka, 2013, p. 37).

Babies have not developed a thinking, intellectual mind, yet they are conscious and responsive to what goes on in their environment; they are pure feeling beings

who are highly attractive and magnetic (Arka, 2006). Feeling is our primary way of knowing about the world and is connected to the heart (Lindhard, 2020). McCraty (2009) has shown that the heart sends more messages to the brain than vice versa. It also produces the largest electromagnetic field in the body that extends beyond the body and permeates every cell in the body. The heart may “act as a synchronizing signal for the body in a manner analogous to information carried by radio waves”. Others within the range of its field are affected by it as are cells in vitro (McCraty, 2003, p. 1). In a recent study where people were trained to descend from their thinking mind to the area of their heart in the middle of their upper chest using the Arka Dhyana Intuitive Meditation method, it was found that this intended shift leads “to cardiovascular phase synchronicity and interconnection of various bodily subsystems” (Lindhard, Hermann and Edwards, 2021, abstract). In other words, it brings the body and all the various subsystems into coherence. Qualitative research indicated that physiological coherence is connected to the inner experience of peace (Lindhard and Edwards, 2022). The heart also has to do with intuition and the Prayer of the Heart meditation method has been shown to increase intuition and open practitioners to their emotional layer and feeling level of experience where silence leading to insights starts prevailing (Louchakova, 2005, 2007). HeartMath has also investigated the role of physiological coherence and intuition and found the heart is involved in the processing and decoding of intuitive information (McCraty, Atkinson, & Bradley (2004).

Research shows interactions between human beings go far beyond overt signals such as facial expressions, tone of voice and bodily gestures, with evidence supporting “the perspective that a subtle yet influential electromagnetic or “energetic” communication system operates just below our conscious awareness” (McCraty, R. 2003, p. 7). It also seems that empathic people can tune in, sense, and respond to the electromagnetic fields of others which takes communication to another level. This energetic level of communication possibly plays a role in the healing process in the therapist-client relationship (McCraty, 2003) and probably forms part of the infant-mother communication system (Lindhard, 2020).

In my article *Intuition: a heart-based epistemology* (2020), I contemplate whether in Harlow’s experiment it was the lack of training in energetic communication between infants and their mothers that resulted in the infant monkeys being “unsure of how to react” when reintroduced into the group. This suggestion is

supported by Russek and Schwartz (1994) who discovered that subjects who rated themselves as receiving care and love from their parents are better able to receive cardiac signals than those who assessed their parents as less loving. It seems that receiving and maybe interpreting cardiac signals is relevant when interacting with others. “Maybe energetic communication does not only have a favourable effect on the physical and emotional level of the child but possibly early synchronization between the mother helps infants socialize and adequately relate to the environment. Maybe the ‘more’ mothers add to a relationship revolves around empathy, loving touch, and the ability to feel, ‘read’ and react to fields in a specific manner” (Lindhard, 2020). When we consider the heart communicates with the brain through neurological, chemical, biophysical, and energetic pathways (HeartMath Institute, para 1), there is still much to explore, especially the role of energetic communication, which largely goes on below our level of conscious awareness.

Although many of us do not realize it, the heart is a sensory organ (HeartMath Institution, 2016; Russek and Swartz, 1994), and it is the first organ to develop in the embryo. It is made of mesoderm or inner tissue and its development predates the development of the brain. “Our contact with this deeper layer is ... direct through feeling and sensation, which predate verbal thought ...”(Lindhard, 2020). Many of us have forgotten how to tune in and become consciously aware of this feeling layer and receive information consciously about changes in the heart field that are occurring all the time. However, this does not mean that we are not affected by changes in this field. Our decision making often does not come from our rational mind but is guided by emotions, sometimes perceived at the level of the gut. Reason or emotion is an age-old debate which Plato described as “two horses pulling in opposite directions”. Automatic emotional decision making is not necessarily bad, and from an evolutionary perspective can help us make “sound decisions in situations of uncertainty” (Luo & Yu, 2015, Abstract). This certainly has an advantage when the actual danger involves something dangerous happening in the outside world in the present as it puts us into immediate action, but it seems that our body also reacts to our mental stories, especially when they are emotional (Nummenma et al 2013; Lindhard 2015). The story itself is part of our past, however, retelling activates the same emotion behind the occurrence. Levine, the inventor of the Somatic Experiencing Therapeutic Method, has shown this retraumatizes the person, and it is important to work through

these old events centring on the bodily sensations rather than the memory itself (Levine and Frederick, 1997). People who have undergone extreme trauma and have not received unconditional love or psychological help while processing their past, are very vulnerable to events which might trigger unconscious memories, which they are not equipped to handle alone. It is equally possible that, in this situation, they take their own life. For this author, suicide is not, or not always, a planned conscious decision but a cry of desperation from a highly sensitive human being who has undergone more than he or she can handle, and has had no guidance on how to integrate the event or negative ongoing experience into his or her life in a way that does not reactivate the trauma response. Trauma can be extreme and ongoing such as those experienced by children who attended the Residential School System, or it can be lighter, but it is still trauma. When accompanied by inadequate parenting (or through forceful separation from our parents and/or traditional community), the individual is without a buffer to protect him or herself. As pointed out, granddaughter mice are better mothers and can cope with stress better all because their grandmother took good care of their mother (Winston & Chicot, 2016).

There is an inter-generational effect of good or bad parenting that also affects our DNA. This might explain why some people may more easily overcome the effects of trauma than others despite both having lived extreme negative events in their childhood. Maybe our grandparents are also more important than we realize, and this also applies to our great grandparents. It is little wonder that in Africa indigenous people have always honoured their ancestors and sought their blessing and advice in their daily activities (Kenneth Lebaka, 2022; Thwala et al., 2021). Maintaining connection to one's ancestors is embedded in the African culture.

When we look at the Blackfoot Nation's (one of the First Nation People of Canada) pyramid of self-actualization, we can begin to understand the importance of the continuation of culture to indigenous people. This author had no idea until recently that Maslow's hierarchy of needs, which has so influenced Western humanistic psychologists, was probably inspired and influenced by a visit Maslow had to Blackfoot Nation in 1938 when he learned about their motivational model (Michel, 2014). However, he transformed their model to fit into a Western capitalist framework by putting self-actualization as the peak of his hierarchy and the need for physical survival at the base. "One can also well ask if self-actualization

in his model is the fulfilment of the self, or really the pursuing self-interest? (Murtaza, 2011). In the Blackfoot Nation's pyramid, self-actualization is the base of a tipi and involves developing one's potential as a human being. The second level is Community Actualization, where the community is perceived to function as a living, breathing organism, focused on maintaining self-sufficiency and care-taking for all of its members. And, at the Apex is Cultural Perpetuity, where even though the life of each man is known to be finite, the life of the culture may live on forever if the society adheres to and realizes the tiers below. This model ensures the health of the community and its traditions, and also nourishes new ideas (Bray, 2019; Heavy Head, 2007).

Having the perpetuation of one's culture at the top of the hierarchy is so important if one wants to preserve a way of living that has worked for thousands of years and is known to work and bring health and healing to its members on various levels. Western society has completely forgotten its traditional roots .. and hence living in the modern Western world with Western values (or lack of them) is a continuing process of experimentation and change linked to money, power and changing technologies with no idea about the result of these modifications on the mental health of the population. This does not mean that we do not use technology, but we develop technology for the greatest good of all, not just for economic benefit of the few.

In the Paleolithic age in Europe, the continuation of the culture was held as being important with the late Paleolithic lasting for over 30,000 years. During this time, our ancestors lived in small clans organized around the mother figure ie they were matrilineal with the ancestral lineage being through the woman, and two, they were matrifocused or matricentered with the organization of their society around the mother (Borneman 1975; Garcia Ledger 2017). The maternal basis of matristic societies is what provides the genesis of human culture (Garcia Ledger 2017), and it is "the magic of maternity through which the principle of divine love, unity and peace manifests (itself) in a life full of violence. In looking after the fruit of her body, a woman, before a man, develops her capacity to love beyond the limits of her own being. This caring (nature) is the basis of the development of culture. From it, comes all good work in life, all dedication, all care and all final mourning" (Bachofen in Garcia Ledger 2017).

Concluding remarks

When we connect somatically with the area of our heart either spontaneously or using a heart-based meditation method, we can access our hearts consciously, and the deep-seated higher consciousness or Self of which we are an attribute. The journey from the mind to the heart is a process that can take years. It is a courageous inner journey where we awaken different aspects of our past, as well as discover the different facets of our being. This is in line with Assagioli's (1965) synthesis model, where he identified the lower unconsciousness consisting of repressed and past events, the middle unconsciousness consisting of the past and present events, and the higher unconsciousness, which is made up of our potential: wisdom, joy, love, and intuition. The heart is connected to the highest wisdom in the Universe and to discover our full potential, we also need to go through the messy experiences we have lived as a child and consciously integrate them into our lives in a new manner. It is, therefore, critical that people who have been subject to extreme trauma receive adequate help. It is also vital that our society realizes the vital role adequate parenting has in our overall health, which goes beyond our physiological and even mental needs, but involves love. Through love, our heart field expands, and we dance with joy; that is our birthright ... and from the perspective of this author, every human being is important as each one of us is here to discover and share our unique potential. The Western educational system does not address the affective side of life, which might be more essential to our overall wellbeing than developing our intellectual abilities. Love was the basis of our culture thousands of years ago, it ensured that babies received adequate loving attention, and it formed the basis of how we arranged our communities around the mother figure. It was the ground through which each individual realized their full potential as love is based on a deep respect for differences but in harmony with the norms of the community. Money, power and ever-changing new technologies have become the driving forces in our culture, and respect for the lifestyles of other communities trying to perpetuate their cultures, has been violated in an attempt to control and indoctrinate the people into our Western lifestyle and economic system. But that is backfiring on us, our family system is now breaking down with all the concomitant mental problems. No young person should feel so desperate that they contemplate suicide, and if this is occurring, it needs to act as a wake-up call. We need to ask ourselves, what sort of society do we want to create? Maybe it is time we return love to be the basis of our society

where we learn to live in harmony with each other and respect for all beings, and where the family system is honoured and held in the highest regard.

References

- Advisory Board. (2016) An estimated 40 million Americans take psychiatric drugs. Here's what they're taking. Advisory Board. <https://www.advisory.com/daily-briefing/2016/12/14/what-psychiatric-drugs-are-americans-taking>
- APA Dictionary of Psychology (n.d.) Cognitive Psychology. APA Dictionary of Psychology <https://dictionary.apa.org/cognitive-psychology>
- APS (2018). Harlow's Classic Studies Revealed the Importance of Maternal Contact. The Association for Psychological Science. <https://www.psychologicalscience.org/publications/observer/obsonline/harlows-classic-studies-revealed-the-importance-of-maternal-contact.html>
- Arka, S. (2006). Adventures of Self discovery: The journey from mind to heart to consciousness. Surrey, UK: Antony Rowe.
- Arka, S. (2013). Arka Dhyana Intuitive Meditation. An enlightening journey into your inner realms initiated by your breath, sound and touch. Middlesex, UK: Coppersun Books.
- Assagioli, R. (1965). Psychosynthesis: A collection of basic writings. New York: The Viking Press.
- BBC (2017). Adopted Romanian orphans still suffering in adulthood” BBC News. <https://www.bbc.com/news/health-39055704>
- Blackstock, C., Bamblett, and M., Black, C. (2020). Indigenous ontology, international law and the application of the Convention to the over-representation of Indigenous children in out of home care in Canada and Australia. Child Abuse Neg, 110(Pt 1), 104587.
- Borneman, E. (1975). Das Patriarohat. Frankfurt: S. Fischer.
- Bray, B. (2019). Maslow's Hierarchy of Needs and Blackfoot (Siksika) Nation

Beliefs. Rethinkinglearning. <https://barbarabray.net/2019/03/10/maslows-hierarchy-of-needs-and-blackfoot-nation-beliefs/>

- Cedar Project Partnership, Clarkson, A.F., Christian, W.M., Pearce, M.E., Jongbloed, K.A., Caron, N.D., et al ... Spittal, P.M. (2015). The Cedar Project: Negative health outcomes associated with involvement in the child welfare system among young Indigenous people who use injection and non-injection drugs in two Canadian cities. *Can J Public Health*, 106, e265-e270.
- Chaney D. W. (2013). An overview of the first use of the terms cognition and behavior. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, 3(1), 143–153. <https://doi.org/10.3390/bs3010143>
- Du Toit, K. & Edwards, S. D. (2022). A Social Psychology of Religion with a Phenomenological Case Study. *Dialogo Multidisciplinary Journal*, (in press).
- Ehlman D.C., Yard, E., Stone D.M., Jones C.M., Mack K.A. Changes in Suicide Rates — United States, 2019 and 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2022;71:306–312. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7108a5externalicon>.
- Garcia Legar, M. (2017). *La Rueda de Izpania Fiestas de la Tierra y espiritualidad matristica de la peninsula ibérica*. Barcelona: ADN Grafic.
- Hanson, E., Gamez, D., & Manuel, A. (2020, September). The Residential School System. *Indigenous Foundations*. <https://indigenousfoundations.arts.ubc.ca/residential-school-system-2020/>
- HeartMath Institute. (2016). Heart-brain communication. <https://www.heart-math.org/research/science-of-the-heart/heart-brain-communication/>
- Heavy Head, R. (2007). How First Nations Helped Develop a Keystone of Modern Psychology. *Social Science and Humanities Research Council*. https://www.sshrc-crsh.gc.ca/society-societe/stories-histoires/story-histoire-eng.aspx?story_id=91
- Hjern, A., Lindblad, F., & Vinnerljung, B. (2002). Suicide, psychiatric illness, and

social maladjustment in intercountry adoptees in Sweden: a cohort study. *The Lancet*, Vol 360, Issue 9331.

- Goldberg, J. (2016). It Takes A Village To Determine The Origins Of An African Proverb. NPR. <https://text.npr.org/487925796>
- Kaspar, V. Long-term depression and suicidal ideation outcomes subsequent to emancipation from foster care: Pathways to psychiatric risk in the Métis population. *Psychiatry Res.*, 2014b 215(2), 347-354.
- Kelly-Scott, K. & Smith, K. (2015). Aboriginal peoples: Fact sheet for Canada. Catalogue no. 89-656-X2015001, Ottawa, ON: Statistics Canada.
- Kenneth Lebaka, (2022)
- Labonté, B & Turecki, G. (2012). Epigenetic effects of childhood adversity in the brain and suicide risk. In: Dwivedi Y, editor. *The neurobiological basis of suicide*. Boca Raton (FL): CRC Press/Taylor & Francis; p. 275–290.
- Levine, P. & Frederick A (1997). *Wakening the Tiger: Healing Trauma*. CA: North Atlantic Books.
- Li, T., Zheng, Y., Wang, Z. et al. (2022) Brain information processing capacity modeling. *Sci Rep* 12, 2174. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-05870-z>
- Lindhard, T. (2015). Emotions including anger, bodily sensations and the “Living Matrix.” *The Open Psychology Journal*, 8, 3–10. <http://benthamopen.com/TOPSYJ/VOLUME/8/ISSUE/001/>
- Lindhard, T. (2020). Intuition: A Heart-based Epistemology. *Dialogo Multidisciplinary Journal*.
- Lindhard, T., Hermann, C. & Edwards, S. (2021). HeartMath Coherence Model Throws New Light on Arka Dhyana Intuitive Meditation. *Healthcare*, 9, 1162. <https://doi.org/10.3390/healthcare90911622021>
- Lindhard, T. & Edwards, S.D. (2022). Meaningful Quantitative and Qualitative Transformative Experiences using the Arka Dhyana Intuitive Meditation Method.

Dialogo Multidisciplinary Journal, (in press).

- Louchakova, O. (2005). Ontopoieses and union in the Prayer of the Heart: Contributions to psychotherapy and learning. In A.-T. Tymeinjecha (Ed.), *Analecta Husserliana: Logos of phenomenology and phenomenology of the logos*. Book four (Vol. 91, pp. 289–311). Dordrecht, Netherlands: Springer.
- Louchakova, O. (2007a). Spiritual heart and direct knowing in the Prayer of the Heart. *Existential Analysis*, 18(1), 81–102.
- Luo, J. and Yu, R. (2015) Follow the heart or the head? The interactive influence model of emotion and cognition. *Front. Psychol.*, 06 May, | <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00573>
- Masango, S.M., Rataemane, S.T., & Motojesi, A.A. (2008). Suicide and suicide risk factors: A literature review.
- McCraty, R. (2003). The Energetic Heart: Bioelectromagnetic Interactions Within and Between People. *Neuropsychotherapist* 6(1):22-43. DOI: 10.12744/tnpt(6)022-043
- McCraty, R. (2009). The coherent heart-brain interactions, psycho physiological coherence, and the emergence of system-wide order. *A Transdisciplinary Transcultural Journal*, 5(2), 11–114.
- McCraty, R., Bradley, R. M., & Tomasin, D. (2005). The resonant heart. <https://www.heartmath.org/research/research-library/relevant-publications/the-resonant-heart/>
- Michel, K.L. (2014). Maslow's Hierarchy Connected to Blackfoot Beliefs. <https://lincolnmichel.wordpress.com/2014/04/19/maslows-hierarchy-connected-to-blackfoot-beliefs/>
- Miranda, R. and Jeglic, E. L. (2022). *Handbook of Youth Suicide Prevention: Integrating Research into Practice*. Springer Nature. p. 32. ISBN 978-3-03-082465-5.
- Miranda-Mendizabal A, Castellví P, Parés-Badell O, et al. (2019). Gender diffe-

rences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies, *Int J Public Health*. 64(2):265-283. doi:10.1007/s00038-018-1196-1

- Murtaza, N. (2011). Pursuing self-interest or self-actualization? From capitalism to a steady-state, wisdom economy. *Ecological Economics*, 20, pp. 577–584. <https://www.uv.es/~perezjos/sasece/docum2011/Murtaza.pdf>
- Nesterova, Y. (2017). Indigenous Peoples: Key Trends that Affect their Development. *Impakter*. <https://impakter.com/indigenous-peoples-part-two/>
- Nummenmaa, L., Glerean, E. H. R., Hari, R., & Hietanen, J. K. (2013). Bodily maps of emotions. *Proceedings of the National Academy of Science*, 111(2), 646–651.
- Russek, L. G. & Schwartz, G. E. (1994). Interpersonal heart-brain registration and the perception of parental love: A 42-year follow-up of the Harvard Mastery of Stress Study. *Subtle Energies*, 5(3), 195–208.
- Rutter M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry*;147: 598–611.
- Shneidman E. (1993). *Suicide as Psychache: A Clinical Approach to Self-Destructive Behavior*. UK: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Thwala, J.D., Naidu, T., Geils, C., Edwards, S.D. and Edwards, D. J. (2021). Generational Consciousness and Global Healing through Humanism, Love and Respect during COVID-19.
- *International Journal of Innovation, Creativity and Change*. Volume 15, Issue 11.
- Truth & Reconciliation Commission of Canada (2015). *Canada's Residential Schools: The final reports of the Truth and Reconciliation Commission of Canada (vol. 1)*, Ottawa, ON: Truth and Reconciliation Commission of Canada.
- Voce, A., Leyland, C. & Michael, C. (2016). Cultural genocide': the shameful history of Canada's residential schools – mapped. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/world/ng-interactive/2021/sep/06/canada-residential-schools-indigenous-children-cultural-genocide-map>

-
- Weir, K. (2014). The lasting impact of neglect. American Psychological Association, June Vol 45, No. 6.
 - Winston, R., & Chicot, R. (2016). The importance of early bonding on the long-term mental health and resilience of children. London journal of primary care, 8(1), 12–14. <https://doi.org/10.1080/17571472.2015.1133012>
 - World Population Review (2022). Suicide Rate by Country 2022. <https://world-populationreview.com/country-rankings/suicide-rate-by-country>
 - WHO (2021). Suicide. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

LA DEPRESIÓN EN LA ETAPA INFANTO-JUVENIL

Valentín Martínez-Otero Pérez.

Profesor de la Facultad de Educación, Universidad Complutense de Madrid, España
Correspondencia: valenmop@edu.ucm.es

Resumen

Cada vez hay más interés científico por la depresión durante la etapa infanto-juvenil, un trastorno que resulta mortificante y que puede incluso conducir al suicidio. Además, la depresión entorpece considerablemente la educación y el saludable despliegue de la personalidad. En este trabajo ofrecemos algunas orientaciones para prevenirla, particularmente desde los centros escolares. Se trata sobre todo, sin apartarse de los objetivos educativos, de fomentar entornos escolares y universitarios saludables, distinguidos por el bienestar y la seguridad. Nos servimos para ello de algunos estudios propios y de la revisión de fuentes oportunas. En definitiva, este trabajo pretende sensibilizar a las instituciones escolares y universitarias, y, en general, a la comunidad educativa, sobre los estados depresivos en la etapa infanto-juvenil y, en concreto, se informa sobre cómo detectar y neutralizar ciertas condiciones psicosociales adversas que acrecientan el riesgo de sufrir depresión, lo que puede contribuir igualmente de modo decisivo a la prevención de suicidios. Asimismo, desde una perspectiva proactiva y positiva, a la estrategias preventivas presentadas se agregan unas pautas orientadoras que favorecen, *mutatis mutandis*, la construcción de ambientes educativos saludables.

Palabras clave:

Depresión infanto-juvenil, prevención, suicidio, entornos educativos saludables

Introducción

La depresión conlleva un alto riesgo de suicidio y es una de las principales causas de enfermedad y discapacidad a nivel mundial. Como destaca la UNICEF (2022), los trastornos mentales generan gran sufrimiento, no siempre atendido, que interfiere en la educación de niños y jóvenes, así como en el despliegue de su pleno potencial. Por ello, el mismo Informe enfatiza la necesidad de promover, prevenir y cuidar la salud mental, pues resulta innegable que ofrece a las personas la oportu-

tunidad de desarrollarse y de participar en los distintos ámbitos vitales, tal como quedó confirmado mediante una investigación con menores de 36 países, en la que se analizó el alcance de la intervención con programas destinados a la prevención universal de la ansiedad y la depresión, la prevención universal del suicidio y la prevención específica de la depresión.

Estos programas de prevención de la depresión son muy positivos, pero habitualmente se dirigen a adolescentes y muy pocos tienen como destinatarios a niños menores de 10 años (Bernaras, Jaureguizar y Garaigordobil, 2019).

Las emergencias humanitarias y los conflictos bélicos, tal como se advierte durante la pandemia por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 y la invasión de Ucrania, muestran la necesidad de mejorar y ampliar las opciones terapéuticas actuales.

Un metaanálisis realizado durante la actual pandemia (Racine et al., 2021), revela que uno de cada cuatro niños o adolescentes en todo el mundo experimenta síntomas depresivos clínicamente elevados, y uno de cada cinco presenta síntomas de ansiedad clínicamente altos. Prácticamente, son el doble de las estimaciones de carácter clínico halladas antes de la pandemia. La crisis sociosanitaria con sus restricciones asociadas y consecuencias, parecen haber tenido un significativo impacto negativo en el bienestar psicológico del sector poblacional infanto-juvenil. La pérdida de interacciones con los compañeros y amigos, el aislamiento social y el contacto reducido, con la disminución de apoyos procedentes de maestros o entrenadores, pueden haber acentuado la sintomatología. Debe recordarse, además, que las escuelas proporcionan con frecuencia servicios psicológicos que no han estado disponibles debido al generalizado cierre institucional. El estudio respalda la necesidad urgente de intervenciones y esfuerzos de recuperación dirigidos a mejorar el bienestar de niños y adolescentes. También destaca que se deben tener en cuenta las diferencias individuales al establecer los objetivos preventivos y terapéuticos, por ejemplo, en relación a la edad, el sexo, exposición estresante a la Covid-19, etc.

Por si fuera poco, en el momento de escribir estas líneas, con la pandemia aún activa, la irrupción de la guerra en Ucrania, que se ha traducido en el éxodo de la población civil, con más de cinco millones de desplazados, muchos de ellos niños, los bombardeos y ataques militares de diverso tipo, los muertos y heridos, los

reasentamientos, la destrucción generalizada, la pérdida de empleo, la inasistencia a la escuela, etc., incrementará de modo notorio los problemas de salud mental, sobre todo, claro está, en la región directamente afectada, pero también, sin soslayar una amplia variabilidad, en los demás países, tanto por la sobreexposición a noticias trágicas como por los negativos efectos socioeconómicos derivados de las restricciones y el encarecimiento de precios.

Entre otros graves trastornos, la experiencia extremadamente mortificante de la guerra expone a la población, en general, y a los menores, en particular, al padecimiento de la depresión, según exponen Martsenkovskiy, Napryeyenko y Martsenkovsky (2020), en un estudio que analizó los efectos de diversos factores de riesgo en el desarrollo de la depresión en una muestra de adolescentes expuestos al conflicto bélico en Ucrania en el año 2014. El trastorno depresivo, y con él las tendencias suicidas y otros problemas (adicciones, violencia...), a buen seguro se extenderá por toda la población con la nueva guerra iniciada en febrero de 2022 y asolará significativamente al sector infanto-juvenil, más aún por la dificultad de identificarlo y por la ausencia o insuficiencia de servicios sanitarios apropiados para su tratamiento.

Ya con anterioridad a la ofensiva militar rusa de este año, la Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs) publicó un Informe (OCHA, 2020), que muestra que la situación del este de Ucrania, principal zona afectada por el conflicto bélico de 2014, sigue teniendo un considerable coste, ahora manifiestamente acrecentado, en la vida de millones de personas que requieren protección y asistencia humanitaria. Dicho conflicto impacta diferencialmente según el sexo.

Un estudio realizado con más de 3000 adolescentes de Donetsk y Lugansk (UNICEF, 2019) reveló que las niñas informaron de más problemas internalizados (ansiedad, depresión y estrés postraumático), junto con una mayor vulnerabilidad a la victimización y una tendencia migratoria más pronunciada. Los niños, en cambio, comunicaron comportamientos externalizados más altos, como agresión, delincuencia, prácticas sexuales inseguras y abuso de sustancias, así como niveles más altos en insensibilidad y tendencias autoritarias, mayor disposición a la deserción escolar y a participar en la violencia política. Desde una perspectiva de género, estos resultados sugieren la conveniencia de que los programas dirigidos a las

niñas fomenten las habilidades ejecutivas, neutralicen en lo posible los problemas de internalización y brinden oportunidades para la inclusión y la participación cívica. En el caso de los niños, se recomiendan los programas centrados en la colaboración, en el cultivo de habilidades sociales y de la conexión familiar, asimismo con vistas a potenciar el compromiso académico y a mitigar la insensibilidad y la externalización de problemas. Con la finalidad de evitar consecuencias negativas a largo plazo en el desarrollo socioemocional de los adolescentes expuestos a conflictos, en el reporte consultado se enfatiza la conveniencia de trabajar la resiliencia a través de los valores, la autoestima saludable, las relaciones positivas con los compañeros y la conexión emocional con la respectiva escuela.

La depresión genera un gran padecimiento y dificulta considerablemente la actividad cotidiana de la persona que la sufre, que incluso puede plantearse el suicidio.

Con este trabajo queremos acercarnos al grave problema de la depresión en la etapa infanto-juvenil y brindar algunas claves para prevenirla, particularmente desde los centros escolares. Se trata sobre todo, sin apartarse un ápice del objetivo educativo, de fomentar entornos saludables, distinguidos por el bienestar y la seguridad. Nos servimos para ello de algunos estudios propios y de la revisión de fuentes oportunas.

Depresión en la infancia y la adolescencia

Ninguna franja etaria escapa a la depresión; sin embargo, en la infancia hay unas notas diferenciales respecto a la depresión en la edad adulta. Como dice Alonso Fernández (2001), las diferencias en la sintomatología depresiva de niños y adultos decrecen a medida que aumenta la edad de los primeros. Esto es lo que explica que por debajo de los 3 o 4 años la depresión presente una marcada expresión propia. Del Barrio (2000) indica que las características de la depresión infantil hay que buscarlas en el hecho mismo de ser niño, esto es, en la inmadurez biológica, en el cambio acelerado y en la heteronomía.

Desde hace pocas décadas ha aumentado el interés por la depresión en los primeros tramos vitales. Con anterioridad, se negaba, por ejemplo, la posibilidad de su presentación en los niños: la infancia era considerada una “etapa feliz”. Aun cuando la dolorosa evidencia se ha abierto paso, a veces surgen los desacuerdos teóricos y las desigualdades en los informes acerca de su frecuencia. En efecto,

hasta hace menos de 40 años la depresión se consideraba un trastorno predominantemente adulto, ya que se pensaba que los niños eran demasiado inmaduros para sufrir depresión, y el estado de ánimo decaído de los adolescentes se atribuía a los cambios de humor propios de la edad (Maughan et al., 2013).

Desde la década de 1980, se desarrollaron más escalas de medición y aumentaron los estudios sobre depresión infantil (Zhou et al., 2021). La depresión es un trastorno complejo en el que participan variedad de causas y factores de riesgo, tanto hereditarios como psicosociales (Maughan et al., 2013). El conocimiento científico revela que los antecedentes familiares y la exposición a eventos vitales estresantes condicionan su aparición. La depresión puede ser endógena (hereditaria) o tener un origen principalmente psicosocial, por ejemplo, por acontecimientos adversos. En esta depresión psicosocial se distinguen dos tipos: neurótica o reactiva. Junto a las depresiones endógenas y psicosociales (neuróticas o reactivas), estarían las secundarias, provocadas por enfermedades orgánicas, drogas o fármacos. Desde luego, no es extraño que una depresión tenga un origen mixto o multifactorial (Alonso Fernández, 1994).

El primer estudioso de la depresión infantil es Spitz (Spitz, 1945; Spitz y Wolf, 1946), quien acuñó las nociones de “hospitalismo” y “depresión anaclítica” para referirse al cuadro clínico observado en inclusas y orfanatos que presentaban los niños pequeños separados de sus madres. Otro pionero en la investigación de la depresión infantil es Bowlby, quien corroboró los hallazgos de Spitz. Bowlby (1999), por ejemplo, en un excelente estudio sobre los vínculos afectivos, señala que, por lo general, la separación de un niño pequeño de su querida figura materna desencadena procesos de duelo de índole patológica.

Los trastornos depresivos pueden afectar negativamente el desarrollo saludable y entorpecer el progreso cognitivo, emocional, social y escolar. Ghandour et al., (2019) consignan que tienen mayor riesgo de presentar trastornos psíquicos los niños con padres con problemas de salud mental, lo que puede deberse a predisposiciones genéticas y biológicas compartidas, así como a factores ambientales y de las relaciones paterno-filiales. Estos autores agregan que aunque la mayoría de las investigaciones sugieren que el estado psíquico de los cuidadores puede influir en la salud mental infantil, es posible que también se produzcan efectos bidireccionales en los que la salud mental del niño afecte a la de sus padres o cuidadores.

Kieling et al. (2011) sostienen que los problemas de salud mental afectan al 10-20% de los niños y adolescentes a nivel mundial, y lamentan que pese a ser causa principal de discapacidad relacionada con la salud en este grupo de edad y sus efectos duraderos a lo largo de la vida, las necesidades de salud mental durante el desarrollo estén en gran medida desatendidas, especialmente en países de bajos y medianos ingresos. En España, el reciente estudio publicado por Castillo-Martínez et al. (2022), revela que el 19,2% de los niños y adolescentes participantes, durante el confinamiento y la pandemia de Covid-19, puntuaron por encima del umbral establecido para la probabilidad de depresión. Estos datos tan elevados pueden atribuirse en buena medida a la propia crisis sociosanitaria, porque como apunta Rajkumar (2020), tras una revisión sistemática, la evidencia preliminar sugiere que los síntomas de depresión y ansiedad (16-28 %) y el estrés autoinformado (8 %) son reacciones psicológicas comunes a la pandemia de Covid-19, aunque distintas variables individuales y estructurales moderen este riesgo en el conjunto de la población.

Antes de la pandemia, el estudio realizado por Jaureguizar, Bernaras y Garaigordobil (2017) a partir de una muestra de 420 alumnos de entre 7 y 10 años del País Vasco, reveló una tasa de depresión autoinformada que oscilaba entre el 4,6 % y el 4,8 % (clínicamente significativa) y entre el 4,3 % y el 5 % (depresión moderada).

Sintomatología depresiva infanto-juvenil

La sintomatología depresiva en la edad escolar es más fácil de detectar que en la etapa preescolar, entre otras razones porque los niños a medida que crecen describen mejor, aunque no sin dificultad, cómo se encuentran. Alonso Fernández (2001) indica que entre los 5 y 12 años, la detección de un estado depresivo requiere atender a dos vertientes. De una parte, la interno-subjetiva, sobre todo en lo que se refiere a las quejas y expresión del niño sobre su estado de ánimo. De otra, la externa-objetiva, que supone prestar atención a cuatro dimensiones básicas, sobre las que es muy valiosa la información proporcionada por padres, cuidadores y profesores: humor depresivo (tendencia al llanto, sentimiento de indefensión y miedos), anergia (escasa participación en juegos y actividades, dificultad para concentrarse), discomunicación (silencio, dificultad para hacer amigos) y ritmopatía (falta de apetito, alteraciones del sueño). En el espectro comportamental de los niños depresivos es fácil encontrar llanto, miedo, torpeza, inhibición, mala alimentación, alteraciones del sueño, así como desobediencia/rebeldía, fracaso escolar, dolores de cabeza, vómitos, glotonería, etc.

En la tabla 1 se recogen los principales síntomas clínicos de la depresión infanto-juvenil según la edad.

Tabla 1. Principales síntomas clínicos de la depresión infanto-juvenil en función de la edad.

<p>Menores de 7 años</p> <p>Los síntomas más frecuentes son la tristeza o irritabilidad y los problemas de apetito y con el sueño. Manifiestan rabietas frecuentes, llanto inmotivado, quejas somáticas (cefaleas, dolores abdominales), pérdida de interés por los juegos habituales, cansancio excesivo, disminución o aumento de la actividad motora y abulia. También pueden presentar un fracaso en alcanzar el peso para su edad cronológica, retraso en el desarrollo psicomotor o dificultad en el desarrollo emocional. En esta etapa temprana es muy frecuente la comorbilidad con trastorno negativista-desafiante, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), trastornos de ansiedad y trastornos de la eliminación (encopresis, enuresis).</p>
<p>Niños de 7 años a edad puberal</p> <p>Los síntomas se presentan fundamentalmente en cuatro esferas: a) Esfera afectiva y conductual: irritabilidad, agresividad, agitación o entecimiento psicomotor, astenia, apatía, tristeza, y sensación frecuente de aburrimiento, culpabilidad y en ocasiones ideas recurrentes de muerte. Pueden presentarse también ideas e intentos de suicidio. b) Esfera cognitiva y actividad escolar: baja autoestima, falta de concentración, disminución del rendimiento escolar, fobia escolar, trastornos de conducta en la escuela y en la relación con sus iguales. c) Esfera familiar: conflictos, empeoramiento en las relaciones interpersonales o repercusiones en otros miembros de la familia. d) Esfera somática: cefaleas, dolor abdominal, trastornos del control de esfínteres, trastorno del sueño (insomnio o hipersomnias), no alcanzar el peso para su edad cronológica y disminución o aumento del apetito. En estas edades es frecuente la asociación con trastorno negativista desafiante, TDAH y trastornos de ansiedad.</p>
<p>Adolescentes</p> <p>Los síntomas son semejantes a los de la edad puberal, y aparecen más conductas negativistas y disociales, abuso de alcohol y sustancias, irritabilidad, inquietud, mal humor y agresividad, hurtos, deseo e intentos de fugas, sentimientos de no ser aceptado, falta de colaboración con la familia, aislamiento, descuido del aseo personal y autocuidado, hipersensibilidad con retraimiento social, tristeza, anhedonia y cogniciones típicas (autorreproches, autoimagen deteriorada y disminución de la autoestima). Se presentan con más frecuencia pensamientos relativos al suicidio e intentos de suicidio. Es frecuente que el trastorno depresivo se presente asociado a trastornos disociales, trastornos por déficit de atención, trastornos de ansiedad, trastornos por abuso de sustancias y trastornos de la conducta alimentaria</p>

Fuente: Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia (2018).

Sin instrumentos de detección ni entrevistas realizadas por expertos, no siempre es sencillo reconocer la depresión. El deterioro de las relaciones con los familiares, amigos y compañeros, el descenso del rendimiento académico, el aislamiento, los cambios alimenticios, las quejas y dolores corporales, el absentismo escolar injustificado, etc., pueden ponernos sobre la pista de la depresión.

La nocividad de la enfermedad depresiva, que puede incluso conducir al suicidio, exige una identificación, evaluación y tratamiento adecuados (González, 1995).

Aunque ningún niño o adolescente está libre de sufrir depresión, cabe señalar algunos factores de riesgo, entre los que sobresalen los problemas familiares y escolares. Los conflictos pueden ser causas o consecuencias de la depresión, pero aquí nos interesa principalmente su condición de desencadenantes. Entre las situaciones más depresógenas han de destacarse la separación de los padres, la falta de afecto, el maltrato, el abuso sexual, el cambio de escuela, los accidentes, las enfermedades, las catástrofes, los atentados, los conflictos bélicos, etc.

Para la prevención de los estados depresivos es imprescindible un ambiente familiar que garantice afecto y comunicación suficiente, al igual que educación y horarios apropiados y regulares. El concurso de las instituciones escolares en la prevención de la depresión mediante la creación de un clima saludable es fundamental. Los centros educativos también deben ser sensibles a la situación de los alumnos que eventualmente sufran depresión y ser conscientes del relevante papel que pueden desempeñar en su recuperación.

Reflexionamos a continuación sobre los factores ambientales escolares depresógenos, a sabiendas de que su impacto en el menor depende en gran medida de su personalidad. Es sabido que un mismo acontecimiento no tiene igual efecto dependiendo de quién lo experimente. El niño o adolescente inseguro, ansioso y con baja autoestima está más expuesto a la depresión. Tampoco nos centramos, pese a su importancia, en otro tipo de factores, como los hereditarios, que también pueden ser responsables de los estados depresivos.

- La falta de sensibilidad hacia la diversidad, que se traduce en mayor o menor cuantía en desconfianza, hostilidad y exclusión. Este rechazo se ceba sobre todo en alumnos que tienen rasgos étnicos, físicos o psicológicos diferentes, por ejemplo, algunos inmigrantes y discapacitados.

- La tecnificación en los centros educativos está introduciendo un considerable cambio en las relaciones humanas, ahora mucho más dependientes de la máquina y menos del contacto personal con el profesor y los compañeros. El uso inadecuado o abusivo de la tecnología con facilidad genera aislamiento y enajenación en los alumnos.
- El estilo de vida sedentaria y la inveterada infravaloración curricular de la educación física (Navarro, 2021), problemas particularmente advertidos durante el confinamiento por la pandemia. A este respecto, procede recordar el estudio reciente de Cecchini et al. (2020), en el que se sugiere que los educadores deben promover en el alumnado los tipos de motivación y hábitos de actividad física más autodeterminados (intrínsecos y regulados por los propios sujetos) si quieren prevenir los síntomas depresivos.
- La tendencia durante la etapa infanto-juvenil a abandonar la dieta mediterránea (López-Gil, Camargo y Yuste, 2020), rica en verduras, frutas, pescado, carnes blancas, frutos secos y aceite de oliva, en beneficio de la dieta occidental, integrada por carnes rojas, comida rápida, grasas y azúcares refinados, podría vincularse a una mayor presencia de síntomas depresivos. Un alto consumo de frutas, verduras, pescado y cereales integrales puede estar asociado con un menor riesgo de depresión (Lai et al., 2014). La investigación de Ramón et al. (2019) permitió comprobar que los patrones alimentarios insanos son comunes en la población universitaria y se relacionan con la depresión. A su vez, el estudio realizado por Ejeda y Rodrigo (2021) con alumnas de Magisterio encontró efectivamente un alejamiento general del patrón de adherencia a la dieta mediterránea, por lo cual sus autores recomiendan que se mejoren sus conductas nutricionales, tanto para que consigan ellas mismas una dieta personal más equilibrada como porque esos hábitos saludables podrían redundar en beneficio de la alimentación de los alumnos con los que trabajarán en un futuro próximo. Estos objetivos se ven respaldados también por los preocupantes datos mundiales y españoles sobre obesidad y sobrepeso en los escolares (López Gil, 2019).
- Las malas relaciones y la fragilidad de la comunidad educativa. Un buen número de centros escolares están hoy transidos de rivalidad feroz y de individualismo. El mundo de la escuela se halla asimismo sacudido por la violencia, hasta

el punto de que en algunos centros se pone en grave peligro la integridad personal y la educación se torna misión imposible. Los alumnos se deprimen con más facilidad en un ambiente de este tipo que puede ser verdaderamente traumatizante y aun aterrador.

- La descompensación del discurso educativo. En la infancia y en la adolescencia el discurso meramente instructivo y dogmático, a menudo acompañado de sobrecarga de exigencias y deberes, es totalmente desaconsejable por revelarse frío, distanciador y extenuante.
- El predominio de la rigidez y la verticalidad en las estructuras y estilos gestores, lo que dificulta la participación responsable y la comunicación fluida, sincera y comprensiva de los miembros de las instituciones escolares.
- La disponibilidad de drogas en los centros escolares o en sus alrededores. En torno a esta cuestión, no se trata de adoptar una micropolítica institucional erigida sobre la hipervigilancia y la represión sino fundamentalmente de brindar la suficiente formación a los escolares para prevenir el consumo de tóxicos.

La depresión y el suicidio

Como recuerda la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2021), en el peor de los casos, la depresión puede conducir al suicidio. De hecho, más de 700.000 personas mueren por suicidio cada año. El suicidio es la cuarta causa de muerte entre los 15 y los 29 años. En España, según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2020a), durante 2020 se suicidaron en total 3941 personas (2930 hombres y 1011 mujeres). La WHO/OMS alerta de que las barreras para una intervención eficaz incluyen la falta de recursos, la ausencia de atención sanitaria capacitada y el estigma social asociado a los trastornos mentales. En países de todos los niveles de ingresos, las personas que experimentan depresión no suelen recibir un diagnóstico correcto y, sin embargo, no es extraño que a personas que no tienen el trastorno se les haga un diagnóstico erróneo y se les receten antidepresivos.

Gallego et al. (2020) argumentan que la prevalencia de los estados depresivos aumenta a lo largo de la infancia hasta la adolescencia e indican que niños con síntomas depresivos que no reúnen criterios diagnósticos de depresión mayor

tienen alto riesgo de desarrollar una verdadera depresión durante la adolescencia. No hay que perder de vista tampoco que nos hallamos ante un cuadro clínico que puede derivar en suicidio. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2020b), en el año 2020 en España se suicidaron 14 menores (7 varones y 7 mujeres) de 15 años, lo que supone una tasa de 0,206/100.000 (frente a 0,102/100.000 de 2019 y a 0,101/100.000 de 2018).

Muchos de los suicidios de adolescentes se producen en un contexto depresivo. A este respecto, bien dice Alonso Fernández (2006) que debe tenerse en cuenta que todo proceso mórbido ejerce un influjo regresivo en la personalidad, lo que con frecuencia conlleva una disminución de la competencia racional o electiva en relación a ciertos asuntos, entre ellos el de la muerte. Como señala este autor, la tendencia autodestructiva es inherente a la depresión y la mayor parte de los deseos de morir, tanto si se trata de eutanasia como de suicidio, encontrarían un encauzamiento apropiado si se dispusiese de pertinentes medidas terapéuticas.

Ciertamente, el suicidio es evitable, aunque para ello se necesita una mejor comprensión de las características y circunstancias asociadas, de los factores de riesgo y de protección, con el concurso de estrategias de prevención adecuadas, cualquiera que sea la franja etaria (Ertl, Crosby y Blair, 2020). Sin embargo, muchas veces los problemas de salud mental en la etapa infanto-juvenil, en concreto los trastornos depresivos, son subdiagnosticados. En concordancia con esta situación, es prioritario establecer un sistema de detección apropiado de la “suicidalidad” (ideas e intentos suicidas), en la que concurren numerosos factores biológicos, psicológicos y sociales, al igual que brindar atención especializada a quienes buscan ayuda. Por ello, como señalan Becker y Correll (2020), el conocimiento suficiente de variables de riesgo no solo es relevante para los profesionales de la salud mental, sino también para los demás sanitarios y profesionales de la educación que trabajan con niños y adolescentes.

La reciente guerra de Ucrania y la actual crisis generada por la pandemia de Covid-19 acrecientan la preocupación en relación al aumento de los estados depresivos y de las tasas de suicidio. Los niños y adolescentes, sobre todo los de las zonas en conflicto bélico, están directamente expuestos a los horrores de la guerra, pero a nivel mundial también se pueden sentir sus consecuencias, siquiera sea por su omnipresencia, altamente ansiógena, en los medios informa-

tivos y por su negativo impacto socioeconómico. Lo mismo acontece en la crisis sanitaria global, con alrededor de seis millones de personas fallecidas en todo el mundo, más de cien mil en España, y otros nocivos efectos derivados de los cierres escolares y empresariales, con disminución de servicios y mayor penuria socioeconómica generalizada.

Wasserman et al., 2021 concluyen que los factores protectores y de riesgo de suicidio en la infancia y la adolescencia se corresponden en gran medida con los de los adultos; sin embargo, también consideran que las características del desarrollo pueden fortalecer el impacto de algunos factores, como las estrategias de afrontamiento, el estilo de toma de decisiones, las relaciones familiares y con los amigos/compañeros, y la victimización. Estos autores recomiendan la implementación de estrategias de prevención del suicidio, entre las que incluyen la restricción del acceso a medios letales, los programas escolares de formación de habilidades y concienciación, y las intervenciones realizadas en entornos clínicos y comunitarios.

A partir de la revisión realizada por Wasserman et al. (2021) resumimos el conocimiento actual sobre los factores de riesgo y protección para el suicidio entre niños y adolescentes, valioso para prevenir el suicidio en este grupo de edad:

- Durante la infancia, la ideación suicida es rara. Su frecuencia aumenta lentamente hasta la adolescencia y luego muestra un fuerte aumento hasta la edad adulta joven.
- Los hombres tienen más probabilidades de morir por suicidio, pero la ideación y los intentos de suicidio ocurren con mayor frecuencia entre las mujeres. Esto se describe como “la paradoja de género en el comportamiento suicida”.
- La ideación suicida y los intentos previos representan los principales factores de riesgo de suicidio en niños y adolescentes.
- Mediante el modelo de diátesis-estrés, el suicidio se explicaría por las interacciones entre la vulnerabilidad genética o predisposición (diátesis), el ambiente y los sucesos vitales estresantes.
- Los factores genéticos, además de la influencia ambiental (por ejemplo, mo-

delado, abuso) o la interacción gen-ambiente, parecen jugar un papel relevante en la presencia de conductas suicidas en ciertas familias.

- La agregación familiar de la conducta suicida puede relacionarse con condiciones psicosociales y ambientales, como pérdidas traumáticas, estilos de crianza inadecuados (por ejemplo, sobreprotección, privación afectiva o autoritarismo), ruptura o conflictividad, así como con la transmisión familiar. Otros factores que también se vinculan a la “suicidalidad” son: la psicopatología de los padres, en particular los trastornos depresivos y el uso de sustancias; las dificultades en el entorno familiar, como la baja percepción de apoyo y la falta de cohesión familiar.
- La vulnerabilidad de los sujetos suicidas también se debe a una reducida neuroplasticidad, que los hace menos competentes para encontrar estrategias de afrontamiento del estrés y se manifiesta en disfuncionalidad cognitiva en la atención, el aprendizaje, la memoria, la toma de decisiones y un sentimiento general de desesperanza.
- La presencia de cualquier trastorno mental se asocia con un riesgo mucho mayor de muerte por suicidio. Los trastornos depresivos, los trastornos disruptivos/de conducta y los trastornos por uso de sustancias son los diagnósticos más comunes informados en niños y adolescentes que fallecieron por suicidio.
- En lo que se refiere a la personalidad y a características cognitivas, los rasgos impulsivo-agresivos parecen estar asociados a un mayor riesgo de suicidio. Se han encontrado más problemas en la toma de decisiones en adolescentes que intentan suicidarse. La desesperanza, mediada por la depresión, también se relaciona significativamente con las ideas y los intentos de suicidio. Otro factor de riesgo para la ideación y el comportamiento suicida es el perfeccionismo.
- Entre los adolescentes, los eventos vitales estresantes, las pérdidas y los conflictos familiares, las malas relaciones con los compañeros y la percepción de escaso apoyo escolar, también actúan como factores de riesgo. Hay una asociación bidireccional entre diferentes tipos de victimización por acoso e ideación e intentos de suicidio.

-
- Las experiencias traumáticas de la infancia, como el abuso sexual, físico y emocional, están asociadas con posteriores intentos de suicidio.
 - Internet y las redes sociales desempeñan un papel importante en la promoción del suicidio; de ahí que sean necesarias las estrategias preventivas efectivas y la información mediática responsable y bien adaptada.
 - El tabaquismo, el consumo de alcohol y drogas, la iniciación sexual temprana y la conducta sexual de riesgo se asocian con un aumento de las tendencias suicidas entre los adolescentes. Otras conductas de riesgo menos perceptibles, como elevado uso de los medios, estilo de vida sedentario y sueño reducido, también se han vinculado con síntomas de depresión, ansiedad e ideación suicida.
 - La presencia de factores protectores reduce considerablemente (de un 70% a un 85%) el riesgo de intento de suicidio entre adolescentes en riesgo y sin riesgo. Algunos escudos defensivos son: la conexión familiar, escolar y social, que incluye la percepción de cariño, apoyo y calidad de la comunicación; las habilidades de distracción y de resolución de problemas en respuesta al decaimiento anímico, y la autoestima positiva, especialmente cuando se considera la interacción con el apoyo social percibido.

La identificación de la *constelación presuicida* (Alonso Fernández, 2006) o “suicidalidad” y el tratamiento temprano de los trastornos depresivos constituyen algunas de las estrategias de prevención del suicidio más relevantes, aunque, como queda dicho, la depresión a menudo no se reconoce ni se aborda terapéuticamente. Con todo, resulta poco efectivo pensar que la promoción y la prevención en la salud mental han de recaer exclusivamente en los profesionales de la salud mental. Con la orientación de estos profesionales se debe implicar a todos los agentes y sectores (familia, escuela y comunidad) que directamente participan en la vida de niños, adolescentes y jóvenes. El papel de los padres y de los maestros en la estrategia preventiva de la depresión y del suicidio depresivo es fundamental.

Tomamos de nuevo como base la revisión de Wasserman et al. (2021) para resumir las estrategias de prevención del suicidio, que se pueden categorizar en tres grupos diferentes:

- *Las estrategias universales*, dirigidas a una población definida (por ejemplo, una escuela, una comunidad local) y cuyo objetivo es aumentar la conciencia sobre el suicidio y la salud mental, eliminar las barreras para la atención o promover conductas de búsqueda de ayuda y factores de protección, como el apoyo social y las habilidades de afrontamiento. También pueden apoyar la crianza de los hijos, mejorar la educación o las oportunidades de capacitación, y mejorar las condiciones en las escuelas (por ejemplo, el clima escolar) o en otros entornos.
- *Las estrategias selectivas*, destinadas a grupos específicos que tienen un mayor riesgo de comportamiento suicida, como los adolescentes con problemas de salud mental y uso nocivo de sustancias.
- *Las estrategias indicadas*, para personas de alto riesgo que ya muestran signos de comportamiento suicida.

De modo concreto, algunas estrategias efectivas para la prevención del suicidio son (Wasserman *et al.*, 2021): la restricción del acceso a medios letales (por ejemplo, armas y venenos en el hogar); las intervenciones escolares mediante programas de concienciación y habilidades; las capacitaciones dirigidas a los maestros para que reconozcan los signos y los síntomas de una crisis suicida y deriven a los escolares “en riesgo” hacia los servicios apropiados; los programas específicos de detección (por ejemplo, mediante breves cuestionarios de autoinforme); las intervenciones para alumnos con riesgo elevado, que fomentan las habilidades de afrontamiento y la regulación cognitiva, emocional y conductual, así como el apoyo familiar y social; las intervenciones digitales, con gran potencial para la detección temprana de las necesidades de salud mental y el acceso a la atención.

A nivel individual, familiar, escolar y social se trata de identificar y neutralizar los factores de riesgo del suicidio depresivo y de potenciar los factores de protección de la salud mental. De la estrategia defensiva contra la depresión y el suicidio no se puede excluir a las instituciones escolares. Como ya señalamos en otro lugar (Martínez-Otero y Gaeta, 2014), la salud mental no depende únicamente de factores ambientales del centro educativo, pero es innegable que cuando el clima escolar se distingue por la falta de acogida, la conflictividad, la

fragilidad comunicativa, la rigidez, la competitividad y el excesivo control, entre otras negativas características, los alumnos tienen más probabilidades de presentar algún problema psíquico, también de carácter depresivo. La institución educativa, desde la etapa infantil hasta el nivel universitario, no es ajena a la profunda mutación sociocultural, y en su seno a veces se descubren algunas claves de perturbación psíquica, que, sin olvidar las noxas derivadas de la pandemia ni del conflicto bélico recién iniciado, de alcance internacional, podemos sintetizar en las siguientes: el uso inadecuado o abusivo de la tecnología; la tendencia segregacionista; las malas relaciones personales y la conflictividad; la adopción de un discurso docente descompensado, en general atento a la vertiente cognitiva pero insensible a los aspectos afectivos, estéticos, sociales y morales de la educación; la exagerada preocupación por la productividad de alumnos y profesores, así como la estructura y la gestión predominantemente rígidas, controladoras y verticales. Por todo, es preciso fortalecer en los centros escolares la prevención de suicidios y estados depresivos del alumnado, junto al fomento del bienestar psicosocial; un compromiso estratégico, sociosanitario y pedagógico que queda compendiado en la expresión “institución educativa saludable”, cuya construcción conjunta no ha de escatimar esfuerzos.

Algunos estudios propios tipo screening sobre depresión

1) En una investigación (Martínez-Otero, 2007a) a partir del Inventario de Depresión Infantil (CDI) (Kovacs, 2004) y con una muestra de 181 alumnos de centros escolares madrileños, con una medida de edad de 8'9 años, encontramos que un 8'28% presentaban síntomas depresivos: un 5'52% tenían síntomas leves y un 2'76% síntomas severos. A un nivel de confianza del 99% las puntuaciones medias en depresión total y disforia (humor depresivo, tristeza, preocupación, etc.) son significativamente más altas en los centros públicos que en los privados. Al mismo nivel de confianza las puntuaciones medias en disforia son más elevadas en alumnos inmigrantes que en autóctonos.

De las tres variables consideradas (sexo, nacionalidad y carácter del centro de enseñanza) es en el tipo de institución escolar donde se registraron diferencias significativas en los valores medios de *depresión total* y disforia, más elevados en centros públicos. Al respecto, debe recordarse que, en general, la satisfacción de los distintos sectores concernidos con los centros públi-

cos es mucho menor que con los centros privados y concertados (Fernández Enguita, 2008). Por otro lado, el hecho de que las puntuaciones medias en disforia sean más altas en alumnos inmigrantes, con mayor presencia en las instituciones de titularidad pública, nos anima a seguir abogando, en general, por entornos formativos de calidad y, en particular, por programas de educación intercultural e inclusiva. Se sabe que los inmigrantes, más presentes en instituciones públicas, están expuestos al estrés del asimilacionismo y a situaciones de rechazo de tonalidad racista y xenófoba. La ausencia o endeblez de los programas interculturales en los centros escolares deja a los alumnos inmigrantes en situación de vulnerabilidad a la segregación y a la hostilidad, con las consiguientes consecuencias psicopatológicas. Estos negativos efectos aumentan en los casos en que los escolares carecen del necesario soporte sociofamiliar y económico. Cuando los alumnos disponen en su entorno extraescolar de suficientes recursos psicológicos y materiales es más fácil preservar la salud mental (Martínez-Otero, 2019).

- 2)** En otro estudio (Martínez-Otero, 2007b), también con el Inventario de Depresión Infantil (CDI) (Kovacs, 2004), a partir de 244 adolescentes de centros escolares de Madrid, con una media de edad de 13'28 años, hallamos un 9% de alumnos con síntomas depresivos.

A un nivel de confianza del 95% las puntuaciones medias en depresión total, disforia y baja autoestima resultaron significativamente más altas en mujeres que en varones. A un nivel de confianza del 92% las puntuaciones medias en depresión total fueron más elevadas en alumnos inmigrantes que en autóctonos. A un nivel de confianza del 95% las puntuaciones medias en disforia fueron significativamente más elevadas en inmigrantes que en autóctonos.

En la muestra analizada con adolescentes se observó que la sintomatología depresiva se presentaba en mayor cuantía en mujeres y en inmigrantes.

En relación al tipo de centro no se obtuvieron diferencias significativas, aun cuando el porcentaje de depresiones fue algo más elevado en los centros públicos (9'68%) que en los privados (8'33%).

De las tres variables consideradas en el estudio con adolescentes (sexo, nacionalidad y carácter del centro de enseñanza) es en el género donde se hallaron

diferencias en los valores medios de las tres escalas de la prueba (depresión total, disforia y baja autoestima). No nos sorprende este dato, porque desde la adolescencia el predominio de la depresión en la mujer es notorio. Es sabido que la mayor frecuencia de la depresión en el género femenino es atribuible a factores de índole biopsicosocial. Sin perder de vista el impacto de las causas hormonales y personales hay que hacer todo lo posible para evitar las negativas situaciones sociales que todavía gravitan sobre las mujeres, incluso desde la etapa adolescente. Las mayores presiones y las menores posibilidades de realización personal explican en gran medida el incremento de las depresiones femeninas respecto a las masculinas. Un dato que no debe obviarse tiene que ver con el valor medio más alto en baja autoestima obtenido por las chicas, acaso atribuible, al menos en parte, a la menor aceptación de su imagen corporal, y que predispone a trastornos de la conducta alimentaria con frecuencia asociados a estados depresivos.

En cuanto a los valores medios superiores de sintomatología depresiva en adolescentes inmigrantes que en autóctonos cabe pensar, entre otras causas, en la línea de lo consignado al hablar de la investigación realizada en niños (Martínez-Otero, 2007a), en la mayor vulnerabilidad de los escolares inmigrantes a la vivencia del desarraigo y a los problemas de inadaptación y exclusión, algo que debe contrarrestarse con oportunas medidas pedagógicas de atención a la diversidad.

- 3)** Una tercera investigación (Martínez-Otero, 2010), mediante el Inventario de Depresión Estado-Rasgo (IDER) (Spielberger 2008), con una muestra constituida por 100 alumnos (89 mujeres y 11 varones), con una edad media de 24,08 años, nos llevó a detectar un elevado número de alumnos con sintomatología depresiva. En la escala Depresión-Estado Total hallamos 28 alumnos (24 mujeres y 4 varones) (28%) con un percentil ≥ 75 , considerado el umbral depresivo, y en la escala Depresión-Rasgo Total 18 alumnos (17 mujeres y 1 varón) (18%) con un percentil ≥ 75 . Aun cuando en los valores medios de las puntuaciones directas de Depresión-Estado Total no hay evidencia de diferencia significativa entre varones y mujeres, sí se encuentran diferencias significativas según el sexo en los valores medios de las puntuaciones directas de la subescala Distimia-Rasgo y en la escala Depresión-Rasgo Total, más altos en las alumnas. Estos datos nos llevan a pensar en el manifiesto predo-

minio de la depresión en el sexo femenino. Alonso Fernández (2008) indica y explica la mayor presencia del síndrome depresivo en la mujer, observable a partir de los 15 años y extendido hasta los 70. En dicho tramo etario, el índice entre la depresión masculina y femenina es de 1 a 2,5. Esta mayor morbilidad depresiva en la mujer se debe a factores biológicos, psicológicos y sociales.

Aun cuando nos movamos en un terreno conjetural, hay que seguir trabajando para mejorar las condiciones académicas y socioprofesionales de las mujeres. No es casualidad que cada vez se analice más el llamado “techo de cristal”, esto es, el límite máximo a que pueden aspirar las mujeres en su carrera profesional, a menudo “invisible” y, por supuesto, inexistente en el caso de los varones. Indudablemente el negativo impacto de este tope, mixturado con el temor al desempleo o al subempleo, puede empezar a sentirse incluso antes de haber finalizado los estudios universitarios, aunque los efectos psicológicos concretos dependerán en gran medida de la personalidad de cada estudiante.

De forma general, con independencia del sexo, describimos algunos condicionantes de la depresión en los universitarios:

Entre los *factores individuales* que aumentan el riesgo de que un alumno universitario sufra una depresión han de destacarse la baja autoestima, la escasa capacidad para manejar los acontecimientos vitales estresantes, la dificultad para relacionarse con los demás, el consumo de alcohol u otras drogas, etc.

No podemos pasar por alto ciertas *características familiares* como la disfuncionalidad, advertida en un ambiente presidido por los conflictos, la violencia, la ambivalencia emocional, el desamor, la falta de cohesión, la inseguridad y el estilo parental anómico/negligente, autoritario o sobreprotector, la presencia de algún familiar con depresión u otra enfermedad mental o física grave, los problemas económicos y las condiciones asociadas al paro, etcétera.

Entre los *factores sociales y ambientales* de nuestras modernas sociedades hay que pensar en el negativo impacto generalizado del estrés económico y profesional, a menudo precedido del académico. Han de tenerse en cuenta también las situaciones de incomunicación/aislamiento, como consecuencia del traslado de residencia del joven o por las dificultades de adaptación psicosocial a la institución universitaria. Hay, de hecho, Universidades que

renuncian a una atmósfera presidida por la búsqueda de la verdad, la responsabilidad, el encuentro y la empatía, y, en cambio, cultivan a diario el control, el autoritarismo, la insularidad, la masificación, etc., elementos que ponen en riesgo la salud mental.

* * *

Procede decir que estas investigaciones no tenían finalidad clínica sino prospectiva. Las exploraciones realizadas, en modo alguno infalibles, aspiraban a detectar tendencias de las que se pudiesen extraer pautas psicopedagógicas básicas para orientar la construcción de entornos escolares y universitarios saludables. El propio Spielberg (2008) enfatiza la importancia de integrar muchos elementos en la labor diagnóstica, pues los test brindan información relevante, pero no suficiente. A despecho de la prudencia interpretativa, no podemos dejar de expresar preocupación por las puntuaciones obtenidas por los alumnos de las muestras, particularmente en la de los universitarios.

En este tramo final, nos referimos seguidamente a la prevención de la depresión, porque en este terreno las instituciones escolares y universitarias pueden realizar una labor muy positiva, sobre todo en lo que se refiere a la creación de un *ambiente de trabajo y convivencia*. Un entorno institucional así ha de ser objeto de atención preferente por parte de responsables educativos, profesores, alumnos y personal de administración y servicios.

Sobre la necesidad de cuidar el ambiente institucional, podemos parafrasear a García Hoz (1991), al recordar que, informa del influjo educativo del centro académico en su globalidad. En efecto, junto a la incidencia específica que cada elemento de la vida escolar o universitaria -las asignaturas, los trabajos solicitados, los libros y materiales utilizados, el manejo de la tecnología, las instalaciones, las relaciones interpersonales, la estructura discursiva docente, la actividad física promovida, etcétera- tiene en el clima social del centro, hay una influencia conjunta de los diversos factores. El estado anímico promovido en cuantos trabajan, estudian y conviven en la institución explica en parte que se alcancen o no las finalidades formativas.

El estudio reciente de Cecchini et al. (2020) sugiere que los educadores deben promover los tipos de motivación y hábitos de actividad física más autodeter-

minados (intrínsecos y regulados por los propios sujetos) en sus alumnos si quieren prevenir los síntomas depresivos.

El ambiente tiende a estampar en los miembros de la comunidad educativa una particular manera de comportarse. Por eso, el clima social que cabe defender con objeto de prevenir la depresión y de fomentar el trabajo y la convivencia, se caracteriza por las siguientes notas: la comunicación, la cordialidad, la racionalidad, la moralidad, el compromiso, además de la estimulación cultural y el fomento de la actividad física. Estas propiedades, aunque no constituyan plena garantía profiláctica de la enfermedad depresiva, sí promueven y refuerzan la integración/inclusión psicosocial y la salud mental.

La tarea preventiva de la depresión infanto-juvenil en entornos escolares y universitarios no puede prescindir del cultivo de la inteligencia afectiva desde la temprana infancia. Sin descuidar el desarrollo físico ni intelectual, es fundamental promover el despliegue emocional. Si se renuncia a esta trascendental vertiente personal es más fácil que por la institución educativa se extiendan las sombras de la tristeza y de la depresión. Grosso modo los aspectos que más atención precisan en el terreno emocional son: la autoestima, la empatía, las habilidades sociales, así como el avance gradual en los procesos de identificación, expresión y canalización de los fenómenos afectivos en un ambiente de protección, alegría y optimismo equilibrados, lo que no supone en absoluto renunciar a la necesaria exigencia académica ni a enseñar que es preciso superar obstáculos y posponer gratificaciones.

La implicación de la familia es igualmente básica, particularmente en la escuela primaria y secundaria. La creación de *escuelas de familias* es algo muy recomendable, pues ayuda a los progenitores y otros familiares a desplegar su potencialidad emocional, comunicativa y formativa.

La labor de los orientadores, suficientemente sensibilizados y preparados, en las instituciones, también en las universitarias, puede facilitar la detección de casos de depresión y la oportuna derivación hacia los profesionales y servicios de salud mental.

En definitiva, la sensibilización de las instituciones escolares y universitarias sobre los estados depresivos en la etapa infanto-juvenil y, en concreto, las tareas de

detección y neutralización de factores psicosociales negativos que acrecientan el riesgo de padecerlos, pueden contribuir igualmente de modo decisivo a la prevención de suicidios. Complementariamente, desde una óptica proactiva y positiva, a la estrategias preventivas presentadas se agregan unas pautas orientadoras que favorecen, *mutatis mutandis*, la construcción de ambientes institucionales saludables y genuinamente educativos.

Referencias bibliográficas

- Alonso Fernández F. (2008). ¿Por qué trabajamos? El trabajo entre el estrés y la felicidad. Madrid, Díaz de Santos.
- Alonso Fernández, F. (1994). Vencer la depresión. Con la ayuda del médico, la familia y los amigos. Madrid, Temas de Hoy.
- Alonso Fernández, F. (2001). Claves de la depresión. Madrid, Cooperación Editorial.
- Alonso Fernández, F. (2006). El hombre libre y sus sombras. Una antropología de la libertad. Los emancipados y los cautivos. Barcelona, Anthropos.
- Becker, M., & Correll, C. U. (2020). Suicidality in childhood and adolescence. *Deutsches Arzteblatt international*, 117 (15), 261-267. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0261>
- Bernaras E., Jaureguizar, J. y Garaigordobil, M. (2019). Child and adolescent depression: a review of theories, evaluation instruments, prevention programs, and treatments. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00543>
- Bowlby, J. (1999). Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida. Madrid, Morata.
- Castillo-Martínez, M., Castillo-Martínez, M., Ferrer, M., González-Peris, S. (2022). Child and adolescent depression and other mental health issues during lockdown and SARS-CoV-2/COVID-19 pandemic: A survey in school setting. *Anales de pediatría*, 96, 61-64.

- Cecchini, J. A., Fernández-Río, J., Méndez-Giménez, A. y Sánchez-Martínez, B. (2020). Connections among physical activity, motivation, and depressive symptoms in adolescent girls. *European Physical Education Review*, 26 (3), 682-694. doi:10.1177/1356336X20902176
- Del Barrio, M. V. (2000). La depresión infantil. Factores de riesgo y posibles soluciones. Málaga, Aljibe.
- Ejeda Manzanera, J. M. y Rodrigo Vega, M. (2021). Hábitos de alimentación y calidad de dieta en estudiantes universitarias de Magisterio en relación a su adherencia a la dieta mediterránea. *Revista española de salud pública*, 95, 1-14.
- Ertl, A., Crosby, A. E. y Blair, J. M. (2020). Youth suicide: an opportunity for prevention. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59 (99), 1019-1021. <https://www.jaacap.org/action/showPdf?pii=S0890-8567%2820%2930067-8>
- Fernández Enguita, M. (2008). Escuela pública y privada en España: la segregación rampante. *Revista de la Asociación de Sociología de la Educación*, 1 (2), 42-69.
- Gallego, A, García, J., Pallás, C. R., Rando, A., San Miguel, M. J., Sánchez, F. J., Colomer, J., Olga Cortés, O., Esparza, M. J., Galbe, J. y Mengual, J. M. (2020). Cribado de la depresión mayor en la infancia y adolescencia (parte 1). *Revista Pediatría Atención Primaria*, 22, 195-206.
- García Hoz V. (1991). El ambiente escolar: un posible camino para su construcción. En García Hoz, V.: *Ambiente, organización y diseño educativo*. Madrid, Rialp.
- Ghandour, R. M., Sherman, L. J., Vladutiu, C. J., Ali, M. M., Lynch, S. E., Bitsko, R. H., Blumberg, S. J. (2019). Prevalence and treatment of depression, anxiety, and conduct problems in us children. *The journal of pediatrics*, 206, 256–267. e253. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022347618312927>
- González, S. (1995). Iniciativas para la construcción de un CET-DE infantil. *Psicopatología*, 15 (1), 24-26.

-
- Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia (2018). Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Actualización. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (Avalia-t). Guías de Práctica Clínica en el SNS. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Guia-practica-clinica-depresion-adolescencia.pdf> Fecha de acceso: 12 de marzo de 2022.
 - INE (2020a). Defunciones por suicidio. Instituto Nacional de Estadística (en línea). Fecha de acceso: 11 de marzo de 2022. Disponible en <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?tpx=49948>
 - INE (2020b). Defunciones por suicidio. Instituto Nacional de Estadística [en línea]. Fecha de acceso: 11 de marzo de 2022. Disponible en <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?tpx=46688>
 - Jaureguizar, J., Bernaras, E., & Garaigordobil, M. (2017). Child depression: prevalence and comparison between self-reports and teacher reports. *The Spanish Journal of Psychology*, 20, E17. doi:10.1017/sjp.2017.14
 - Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., Rohde, L. A., Srinath, S., Ulkuer, N., Rahman, A. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*, 378 (9801), 1515-1525. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60827-1.
 - Kovacs, M. (2004). Inventario de depresión infantil, CDI. Madrid, TEA Ediciones.
 - Lai, J.S., Hiles, S., Bisquera, A., Hure, A. J., McEvoy, M. y Attia, J. (2014). A systematic review and meta-analysis of dietary patterns and depression in community-dwelling adults. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 99, 181-197.
 - López Gil, J. F. (2019). El paradigma de la alimentación saludable en educación primaria. ¿Nos estamos equivocando? *EmásF. Revista Digital de Educación Física*, 56, 13-29.
 - López-Gil, J. F., Camargo, E. M., & Yuste, J. L. (2020). Adherencia a la dieta mediterránea en escolares de Educación Primaria partícipes en actividad física:

una revisión sistemática. *Cultura, Ciencia y Deporte*, 15 (44), 267-275.

- Martínez-Otero V. (2007a). Sintomatología depresiva en niños: Estudio de una muestra de escolares de la zona sur de Madrid capital. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 10 (3), 73-88.
- Martínez-Otero V. (2007b). Sintomatología depresiva en adolescentes: Estudio de una muestra de alumnos de la zona sur de Madrid capital. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, 3, 224-237.
- Martínez-Otero, V. (2010). Sintomatología depresiva en universitarios: estudio de una muestra de alumnos de pedagogía. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13 849, 1-18.
- Martínez-Otero, V. (2019). *Educación y diversidad cultural*. Madrid, CCS.
- Martínez-Otero, V. y Gaeta, L. (2014). Presentación. Entornos escolares saludables. Prevención de riesgos psíquicos y promoción de la salud mental (monográfico). *Revista Iberoamericana de Educación*, 66, 11-13.
- Martsenkovskiy, D.; Napryeyenko, O. y Martsenkovsky, I. (2020). Depression in adolescents exposed to war trauma risk factors for development of depression in adolescents exposed to war trauma: does PTSD matter? *Global Psychiatry Archives*, 3 (2), 227-240.
- Maughan, B., Collishaw, S., & Stringaris, A. (2013). Depression in childhood and adolescence. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry/Journal de l'Academie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 22 (1), 35-40.
- Navarro Patón, R. (2021). Editorial. Seguiremos insistiendo. EmásF. *Revista Digital de Educación Física*, 12 (69), 5-9.
- OCHA (2020). Annual report. United Nations. <https://www.unocha.org/sites/unocha/files/2020%20OCHA%20annual%20report.pdf> Fecha de acceso: 3 de mayo de 2022.
- Racine, N., McArthur, B. A., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J. y Madigan, S. (2021).

Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during covid-19: a meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 175 (11), 1142-1150. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2482>

- Rajkumar R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian journal of psychiatry*, 52, 102066. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>
- Ramón Arbués, E., Martínez Abadía, B., Granada López, J. M., Echániz Serrano, E., Pellicer García, B., Juárez Vela, R., Guerrero Portillo, S. y Sáez Guinoa, M. (2019). Conducta alimentaria y su relación con el estrés, la ansiedad, la depresión y el insomnio en estudiantes universitarios. *Nutrición Hospitalaria*, 36 (6), 1339-1345.
- Spielberger C. D. (2008). IDER. Inventario de depresión estado-rasgo. Madrid, TEA Ediciones.
- Spitz, R. A. (1945). Hospitalism: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1(1), 53-74.
- Spitz, R. A. y Wolf, K. M. (1946). Anaclitic depression: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions on early conditions, II. *Psychoanalytic Study of Child*, 2, 313-342.
- UNICEF (2019). An evidence-based analysis of the psychosocial adaptability of conflict-exposed adolescents and the role of the education system as a protective environment. https://www.scoreforpeace.org/files/publication/pub_file//School%20Connectedness-web.pdf Fecha de acceso: 10 de marzo de 2022.
- UNICEF (2022). Estado Mundial de la Infancia 2021. En mi mente. Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia. UNICEF, Nueva York.
- Wasserman, D., Carli, V., Iosue, M., Javed, A. y Herrman, H. (2021). Suicide prevention in psychiatric patients. *Asia-Pacific Psychiatry*, 13(3): e12450. doi: 10.1111/appy.12450.
- WHO (2021). Depression. Fact sheet. Available online at: <http://www.who.int/>

[mediacentre/factsheets/fs369/en/](#) Fecha de acceso: 8 de marzo de 2022.

- Zhou, M., Bian, B., Zhu, W., & Huang, L. (2021). A Half Century of Research on Childhood and Adolescent Depression: Science Mapping the Literature, 1970 to 2019. *International journal of environmental research and public health*, 18(18), 9524. <https://doi.org/10.3390/ijerph18189524>

LA PROBLEMÁTICA DEL SUICIDIO ANTE LA FALTA DE SENTIDO

María Teresa Iglesias López y María Cristina Papadakis.

Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Francisco de Vitoria

Correspondencia: m.iglesias.prof@ufv.es; mc.papadakis@ufv.es

Resumen

El hombre busca constantemente el sentido y fundamento de su ser y actuar. La cultura dominante no nos ayuda, hoy todo se hace visible, como un *Gran Hermano* y si los otros no lo ven genera frustración, por eso nos encontramos ante un gran desafío. La ruptura del yo con su proyecto vital es uno de los más importantes factores de riesgo del suicidio. Tiene lugar en todas las edades, sexos y regiones del mundo y es una de las 20 causas de muerte.

Cada época tiene su propia neurosis colectiva y el ser humano no es un objeto más entre otros. Prevenir el suicidio en todos sus ámbitos, es una labor importante de la Salud Pública, cuya función debe ser diseñar y promover programas de prevención a nivel nacional y comunitario desde donde se fomente en los grupos vulnerables el desarrollo de habilidades para la vida

Palabras clave:

suicidio, dolor, fobia, musicoterapia, duelo, sentido de la vida

Introducción

El hombre ha sido siempre un ser que no se contenta con vivir, sino que busca constantemente el sentido y fundamento de su ser y actuar. En la religión el hombre recibe la respuesta (Frankl y Lapide, 2011). Podemos preguntarnos, ¿para qué hago lo que hago?, ¿cómo puedo superar la muerte?, ¿cómo vencer la acometida impetuosa que la muerte nos propina? y en ocasiones no es fácil encontrar respuestas o no somos capaces de verlas. Han señala (2018) que sólo se puede superar con la fuerza del amor, y que asumir la muerte en la consciencia es poco aporético (Hang, 2018). La angustia es un sentimiento y la emoción que produce a nivel orgánico, está regulada por el sistema límbico, que también regula los impulsos y su curación se muestra como asesinato (Hang, 2018).

Actualmente el acto suicida se define como el acto voluntario, planeado y realizado por una persona con la finalidad de terminar con su vida (Amarilla et al., 2018), se trata de una de las causas de muerte más silentes de las que menos se conocen cifras reales, pero a su vez supone a nivel mundial uno de los problemas más alarmantes en el mundo.

En general, las tasas de suicidio completado son más altas en hombres que en mujeres, en todos los grupos etarios, con una proporción de hombres y mujeres de 4:1 en los adolescentes y adultos jóvenes. Pero, la proporción por género varía entre países y la desesperanza junto a determinadas conductas de riesgo se relacionan estrechamente con el suicidio. Para que este suceda, debe a ver una crisis desencadenante y raramente ocurre en ausencia de otros factores. Para que una crisis tenga lugar, se requiere una predisposición, un desencadenante, un facilitador y la disponibilidad de un método para llevarlo a cabo (Jans, Vloet, Yasim, Taneli y Warnk, 2018). Para Durheim “allí donde la desinserción individualista ha tomado gran amplitud, el suicidio experimenta un aumento considerable y en las sociedades individualistas se convierte en un comportamiento egoísta cuyo auge fulgurante sólo podía ser un fenómeno patológico” (Durkheim, 2012). Como señala Lipovetsky “la violencia autodestructora no desaparece y en el orden cool de la sociedad posmoderna, el medio para conseguir el suicidio pierde su brillante. El hombre posmoderno intenta matarse sin querer morir” (Lipovetsky, 2020) y desgraciadamente es entre los jóvenes donde se ha producido un incremento de estas tendencias suicidas, podemos buscar distintas causas, una de ellas ha sido la actual pandemia por COVID-19 en la que se ha puesto a prueba a la población, no encuentran su lugar en la sociedad, están en exceso protegidos, lo que entre otras circunstancias hace que estén poseídos de un narcisismo extremo y una desesperación existencial causada por una aridez espiritual y de sentido en sus vidas. La cultura dominante no nos ayuda, hoy todo se hace visible, como un Gran Hermano y si los otros no lo ven genera frustración, por eso nos encontramos ante un gran desafío que es “abrir nuestro camino a la luz de su valor” (Boff y Betto, 2002).

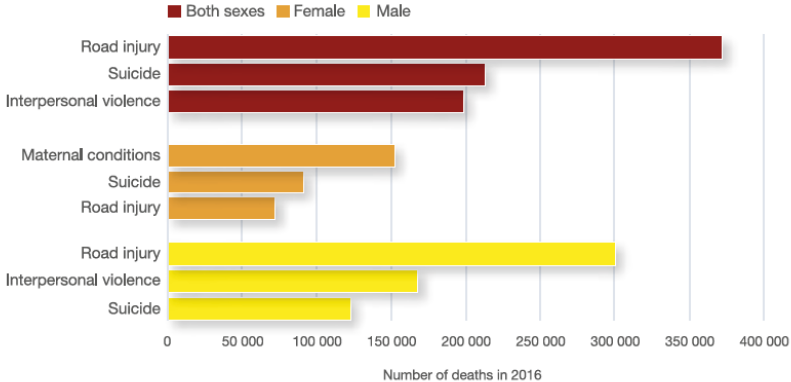
Suicidio

El suicidio es un problema de salud pública importante, que suele estar rodeado de estigmas, mitos y tabúes y desde la aparición de la pandemia de COVID-19 en

marzo 2020, desgraciadamente se ha incrementado en las personas de manera exponencial, el sufrimiento, el estrés y la pérdida (OPS, 2022). Para Durkheim se llama “suicidio a todo caso de muerte resultante directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima, a sabiendas que habría de producir este resultado” (Durkheim, 2007).

La muerte por suicidio tiene lugar en todas las edades, sexos y regiones del mundo. Es una de las 20 causas de muerte a nivel mundial en diferentes grupos de edad, incluyendo adolescentes, adultos y mayores (Colombo-Souza, Tranchitella, Ribeiro, Juliano y Novo, 2020). En la Fig. 1 aparecen las 3 principales causas de muerte en jóvenes (15-29 años) en el mundo en el año 2016 y se puede ver que el suicidio es la segunda causa de muerte en ambos sexos. Lo que no se suele especificar con detalle en la bibliografía es el lugar donde ha sucedido el suicidio. El suicidio supone la principal causa de muerte prematura en jóvenes y en la población brasileña observaron también que el escenario principal donde éste tiene lugar es en el domicilio (Colombo-Souza, Tranchitella, Ribeiro, Juliano y Novo, 2020) y el método más frecuente de suicidio fue ahorcamiento (47%), armas de fuego (19%) y envenenamiento (14%). Es un trágico fenómeno resultante de una compleja red de interacciones a nivel biológico, genético, psicológico, sociocultural y económico (Melo, Sousa, Martins, & Frota, 2018).

Figura 1. Las 3 primeras causas de muerte en jóvenes de 15-29 años en 2016 (OMS, 2019)



El suicidio acontece cuando un individuo quiere hacer daño a su persona con el único fin de terminar con su vida y el resultado de ello es la muerte. Es difícil saber quién actuará sobre sus pensamientos suicidas y es vital tener en cuenta los factores de riesgo que puedan contribuir a que el suicidio tenga lugar. La suicidalidad es un fenómeno dinámico más que estático (Jans, Vloet, Taneli, Yasim y Warnk, 2018). De esta manera, ciertos acontecimientos estresantes de la vida o factores interpersonales, pueden contribuir al riesgo de suicidio (NIH, 2021) (Standford Childrens's Health, 2022). La actitud con la que un hombre acepta su destino y su sufrimiento cargando con su cruz sería capaz de dar un profundo sentido a su vida (Frankl, 2015).

La historia del suicidio se ha venido abordando a lo largo del tiempo de manera general, sin especificar el suicidio específicamente de una población o grupo social. Se ha visto, que en las civilizaciones mesopotámica, egipcia, griega y romana, ya se consideraba al suicidio como producto de un estado de ánimo melancólico; en la literatura este acto se considera el fin a una situación dolorosa (Martín Minguez, García Alonso, de la Gándara Martín, 2010). Por eso caría preguntarse, ¿cómo intervenir sobre la voluntad? ¿cómo ahuyentar el dolor y la desesperanza, factores incluso más importantes que la tristeza para el suicida?

En marzo 2021 la eutanasia o suicidio asistido es legalizada en España. En países donde está autorizada el 0.3-4.6% de las muertes se deben a ella, siendo el intervalo de edad preeminente de 60-85 años (Emanuel, Onwuteaka-Philipsen, Urwin y Cohen, 2016). Aunque nos encontramos de la paradoja donde países que tiene legalizada no lo tiene el suicidio asistido y viceversa.

Hay distintos signos que pueden mostrar la ideación suicida de una persona: cuando se siente vacío o desesperado, cuando se siente una carga y se aleja del mundo, cuando se despide de las personas más próximas a su vida previo poner orden a sus cosas, buscar el modo de hacerlo unido a un mayor consumo de tóxicos y mostrar un estado de ánimo cambiante con momentos de agresividad, etc. (NIH, 2021).

La depresión y las tendencias suicidas son desórdenes mentales que se pueden tratar. Cuando un hombre se da cuenta que su destino es sufrir, tendrá que llegar a la conciencia de que ese destino sufriente y que nadie podrá sufrir por él y en-

tre la vida y la muerte se entabla una lucha terrible cuando ya no hay esperanza en la vida (Frankl, 2015). Pero es preciso no sólo reconocer, sino diagnosticar la presencia de esas condiciones en niños y adolescentes, para poder llevar a cabo un tratamiento apropiado. El mayor problema que nos encontramos es que para algunos adolescentes, el suicidio aparenta ser una solución a sus problemas y al estrés (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2014). Y dramáticamente el suicidio de éstos ha venido sufriendo un aumento dramático año tras año. Y es que como señala la OMS cada año se suicidan cerca de 8000.000 personas cada 40 segundos y en 2009 supuso la cuarta parte de muerte en jóvenes de 15-29 años y el 77% de los suicidios tiene lugar en países con nivel medio y bajo de ingresos económicos. La ratio de suicidios en África es 12 por 10000 habitantes, en Europa es 12.9 por 100000, en el sudeste asiático 13.4 por 100000 y en las regiones del Pacífico oeste 10.5 por 100000 habitantes. La menor ratio de suicidios tiene lugar en las región Mediterránea oriental que es 4.3 por 100000 habitantes (OMS, 2019).

La prevención del suicidio no se ha abordado debidamente porque falta sensibilización sobre su importancia y por el tabú existente hoy en día, en muchas sociedades que impide tratar sobre él abiertamente. Y es que sólo unos pocos países han incluido la prevención del suicidio entre sus prioridades políticas de la esfera de la salud y solo 38 cuentan con una estrategia nacional de prevención específica. Por es realmente importante sensibilizar a la sociedad y superar los tabús para que los países avancen en su prevención (OMS, 2021). Banandur et al. (2022) muestran la importancia de la educación en la prevención del suicidio y destacan la importancia de los servicios de educación para la salud mental de los jóvenes (Banandur et al., 2022). Éstos en su estudio, también tienen en cuenta la suicidalidad como importante factor de riesgo de muerte por suicidio, que acarrea una ideación pasada o actual de suicidio, intento y sentimiento de cometer suicidio y deseos de muerte.

Si se consiguieran identificar las ideas suicidas, la ratio de suicidios disminuiría en gran medida. El suicidio, es la principal causa externa de muerte en muchos países, entre ellos España, donde provoca cerca de 10 fallecimientos diarios, siendo la primera causa de muerte en los jóvenes varones de 24 a 35 años. en todo el mundo, las víctimas se acercan al millón, más que las guerras y los homicidios juntos. Ello supone que se produce un suicidio cada cuarenta segundos

y un intento cada dos segundos (Anseán, 2014). Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), los fallecimientos en ambos sexos en España, de 15-29 años es 273; de 30-39 años se suicidaron 452 personas de ambos sexos y así sucesivamente con cifras elevadas en los distintos grupos etarios (INE, 2022).

Tanto las acciones como las ideaciones suicidas presentan un carácter multifactorial y como se ha mostrado anteriormente, las cifras de los suicidios siguen incrementándose no sólo en España, sino en todos los países y lo que es altamente preocupante entre los jóvenes. Según señalan Buitrago y Carmona (2018) en Colombia, la ideación suicida y el intento suicida son más frecuentes en las mujeres y a ello conduce el abuso sexual (Cañón Buitrago y Carmona Parra, 2018). La conciencia del impacto psicológico que tales condiciones pueden causar, representa un paso importante para el cuidado de estos pacientes en busca de una atención multidisciplinar (Pianowski, Sousa, Fernandes y Nunes Baptista, 2015).

Los profesores deberán tener en cuenta los signos de alarma de conducta suicida en el resto del alumnado y tener en cuenta especialmente a aquellos más vulnerables, como los amigos cercanos, pero también a otros compañeros con quienes el alumno o alumna podía haber tenido conflictos (Grupo de Trabajo para la prevención del suicidio en población infantojuvenil en Castilla La Mancha, 2020)

Si bien es cierto, que el duelo por suicidio no siempre tiene por qué complicarse, sí que se pueden producir algunos factores de riesgo causantes de un duelo complicado, cuando se produce un suicidio (García-Viniegras y Pérez Cernuda, 2013).

¿Es posible un duelo bien llevado después de un suicidio?

El duelo es un proceso longitudinal, que requiere nuestra atención durante el proceso de enfermedad y tras el fallecimiento del paciente. Es en la mayoría de los casos un proceso de sufrimiento para el familiar que ha acabado de perder a un ser querido, pero que también puede suceder en los profesionales que han atendido al fallecido en los últimos momentos (Jomain, 1987). Es una experiencia emocional universal, única y dolorosa que se produce tras una pérdida, y que comprende emociones, pensamientos y comportamientos relacionados

con la misma y es una reacción instintiva y adaptativa (García-Viniegras y Pérez Cernuda, 2013).

No existe fecha que determine el momento de finalización, sino que ocurrirá cuando la persona sea capaz de hablar del suceso sin dolor (Miaja Avila y Moral de la Rubia, 2013). Ante una pérdida los familiares o amigos atraviesan un periodo de malestar físico, psíquico, mental y social que influye de manera negativa en su bienestar. La función del duelo es favorecer la aceptación de la muerte y adaptación a la pérdida. Esta pérdida puede identificarse como una crisis y la forma con la que cada persona afronta dicha situación, depende principalmente del estado en ese momento, de su fortaleza o debilidad psicológica y del apoyo de los que están cercanos a él. Las necesidades religiosas vendrán definidas por las creencias de cada individuo y en cuanto a las emocionales es vital ofrecerles confianza, consideración y pertenencia. Para poder abordar un duelo, antes es necesario tener en cuenta varios aspectos, entre otros, el tipo de relación y calidad de esta con la persona, edad de fallecido, causa de la muerte, tipo de personalidad del que padece la pérdida, relación mantenida antes de la muerte, si dispone o no de apoyo familiar y/o social (Meza Dávalos, García, Torres Gómez, Castillo, Sauri Suárez y Martínez Silva, 2008).

Kübler-Ross señaló que las personas que se encontraban próximas a la muerte (enfermos terminales) transitaban por cinco fases durante el duelo: negación, ira, pacto/negociación, depresión y aceptación. La autora observó que estas fases duraban diferentes periodos de tiempo; y se sucedían unas a otras o que en ocasiones se solapaban (Kübler-Ross, 1969).

Como señala Frankl “a diferencia del sentido de la situación y del sentido de la vida, la única posibilidad que tiene el hombre de decidir con relación a la última cuestión del sentido estriba en creer o no creer, y no en realizar o no realizar una determinada posibilidad de sentido” (Frankl y Lapide, 2011).

Cada época tiene su propia neurosis colectiva y el ser humano no es un objeto más entre otros y lo que haya alcanzado a ser es constructo propio (Frankl, 2015), desde el gozo al sufrir y morir. Y como señala Frankl “no importa lo que esperamos de la vida, sino que importa lo que la vida espera de nosotros”. Cuando el hombre se deja vencer por la ausencia de futuro se tiende a refugiarse

en el pasado y sin ninguna meta (Frankl, 2015). Es necesario que quienes han experimentado una pérdida aprendan a expresar los sentimientos y se les ayudará a vivir sin el fallecido. Se reforzará la toma de decisiones independiente, se sugerirá evitar acciones que conlleven cambios radicales y se utilizarán estrategias para la solución de problemas y se les facilitará la reconciliación emocional con el fallecido insistiendo en que no consiste en el olvido del familiar, aclarando que no implica reemplazar a la persona amada o ayudando a definir nuevas metas o perspectivas de futuro. Que esté presente o no la persona que se ha ido, lo importante es poder seguir contemplando su imagen y hablando con ella, porque el amor hacia ella trasciende la persona física y alcanza su sentido en el ser espiritual (Frankl, 2015).

El duelo que experimentan los padres podría tener una menor afectación y con un menor riesgo de desarrollo de un duelo complicado, en función de la actitud y formación de los profesionales que los acompañen. También se ha visto, que el hecho de exteriorizar los sentimientos ha demostrado ser eficaz para el afrontamiento de la muerte y en algunos casos, también ayuda a evitar el duelo complicado. Respecto a los allegados al fallecido, es importante que interioricen que el sufrimiento que van a experimentar es algo común y necesario que suceda, para poder seguir adelante con la vida cotidiana. En este momento cuando aparece el sentido de culpa y no se puede consolar ante un sufrimiento espiritual y físico, es vital acompañar, sin que sea necesario decir nada.

Son varias las preguntas varias que podemos hacernos ante esta situación, como ¿hasta qué punto estamos capacitados para afrontar la muerte?, ¿cuál es el grado de conocimiento que tenemos ante este tema? ¿hasta qué punto somos capaces de abordarlo? ¿seríamos capaces de ayudar o al menos, hacer sentir mejor a esa persona que acaba de sufrir una pérdida? ¿sabemos sobrellevar el duelo?

Riesgo de suicidio y vacío existencial

En los últimos años, la conciencia sobre el impacto de la conducta suicida en nuestra sociedad ha ido en aumento, así como el interés por las medidas dirigidas a prevenirlo o reducir el daño causado (Gabilondo, 2020) y la pregunta de por dónde empezar sigue siendo difícil de responder. Probablemente como se-

ñala Gabilondo (2020) la principal barrera para la prevención es de tipo cultural y parte del estigma y del desconocimiento que rodea al fenómeno, lo que dificulta la petición de ayuda o la posibilidad de ofrecerla desde el entorno.

Sería más fácil entender el comportamiento de un suicida, como un acto máximo de dolor y sufrimiento y de falta de sentido para vivir, en lugar de un simple comportamiento para llamar la atención (Palma Navasconi, 2017).

Como señala Gabilondo (2020) probablemente la principal barrera para la prevención es de tipo cultural y parte del estigma y del desconocimiento que rodea al fenómeno, lo que dificulta la petición de ayuda o la posibilidad de ofrecerla desde el entorno.

La tasa general de suicidio en nuestra sociedad representa el 1.4% del total de las causas que producen fallecimiento, en este sentido la muerte por suicidio supone una de las 10 causas de muerte más frecuentes dentro del marco social (Värnik & Wasserman, 2016).

Existen numerosos factores que influyen directamente en las tasas de suicidio, como factores sociales, psicológicos, económicos o cambios en el rol social, laboral o profesional, que pueden darse en cualquier momento y a lo largo de toda nuestra vida. En esta punto, podemos decir que el llevar una vida plena, sentirse realizado o perseguir un porqué por el que se justifiquen nuestras acciones hace que también exista o no deseo de desarrollo, de buscar el sentido aspirando a la felicidad, pero comprendiendo que estamos hechos para cumplir una misión, un cometido. Como afirma Frankl el tener un motor que llene nuestra vida de significado hace que nuestro deseo de vivir aumente. En este sentido se establece una relación directa entre sentido el de la vida y las ganas de vivir. El sentido de la vida es aquella fuerza necesaria para impulsar a querer y perseguir un objetivo (Frankl, 2015), el no buscar un sentido claro o experimentar el vacío existencial puede hacer que el hombre no tenga claro sus objetivos, la dimensión teleológica de su vida. Desde el punto de vista de la psicología, la relación entre suicidio y el vacío existencial adquiere importancia cuando hablamos de vidas vacías, sin motivación y sin un fin claro. Según Frankl el hombre busca constantemente cumplir con metas vitales que lo dirijan a la autorrealización, esa es precisamente la principal diferencia entre hombre y animal, por eso cuando es-

tas metas no se consiguen aparece el sentimiento de desesperanza y vacío, una tristeza profunda que se caracteriza por la desmotivación para realizar cualquier tarea, la falta de propósito (Frankl, 2015). En ocasiones este vacío existencial puede conllevar a tener pensamientos de tipo suicida, o incluso poder conllevar a cometer el acto. Cuando esto sucede esta frustración o vértigo existencial conlleva a que la persona sienta dudas de incluso acerca de su propia existencia (García-Alandete et al., 2009).

La falta de sentido para (Crumbaugh y Maholick, 1964), genera que la persona no sea capaz de desarrollar y poner en juego una actitud positiva que permita enfrentar ciertos aspectos de la vida como los momentos difíciles o las situaciones de sufrimiento de una manera esperanzadora. La persona que se encuentra inmersa en esta oscuridad tiene dificultades para conseguir un equilibrio en sus acciones haciéndose más vulnerable en todos los sentidos, incluso en torno a la capacidad de auto cuidarse o a asignar más valor a otras cuestiones como lo económico, o el hiperconsumismo o el consumo de sustancias tóxicas., como el alcohol y las drogas con el fin de cubrir esa falta (Gottfried, 2017). En este sentido podemos decir que existen evidencias en personas que consumen sustancias psicoactivas de que encontrar un sentido no sólo a nuestra vida sino también a cada acto y comportamiento puede ser un factor protector frente a la ideación suicida o el propio acto de acabar con la vida (González-Forteza et al., 2015). Considerando lo mencionado anteriormente y teniendo en cuenta las tasas de impacto que tiene en la población mundial esta realidad, exige la prevención del suicidio dentro de la práctica profesional y personal. En torno a esta cuestión estudiar el sentido de vida con el fin de establecer una relación que sustente la importancia del trabajo terapéutico en torno a la cuestión de buscar un porque y un para que mediante intervenciones humanistas, como es el cuidado integral de las personas que permite trabajar los conflictos morales o existenciales (Domínguez Saravia, 2013).

Desde este punto de vista y comprendiendo la esencia del ser humano como ser buscador de sentido y plenitud es muy interesante ante este problema mental estigmatizado y de gran impacto en la sociedad replantear lo mucho que afecta la cuestión existencial en torno al deseo de morir pues sin contemplamos el suicidio desde el punto de vista antropológico podemos decir que esta visión aporta una forma distinta de contemplar al ser humano, más humana y no sólo desde

el punto de vista biológico y las patologías mentales (Värnik & Wasserman, 2016; NIH, 2021).

Desde la óptica de la logoterapia se plantea que la principal fuerza motivadora del hombre no es lograr el máximo placer o la evitación del dolor, sino la búsqueda de un sentido de vida (Domínguez Saravia, 2013). Es la persona quien debe ir construyendo su propia vida y descubriendo el sentido de su propia existencia a través de la experiencia y de la capacidad para afrontar las diversas circunstancias, este camino forma parte de este descubrimiento trascendencia. El sentido último está presente en todo ser humano, pero solo se puede acceder a él si éste es consciente de cuál es su propósito de vida, siendo este diferente para sentido de vida para cada persona, dependiendo del momento vital en el que se encuentre y con total responsabilidad. (Frankl, 2015). En relación con lo anteriormente expuesto el sentido de vida podría ser definido como el significado ontológico de la vida desde el punto de vista de la experiencia individual del hombre (Crumbaugh y Maholick, 1964) en otras palabras es el motivo o la razón particular del ser humano, la cual llena de significado su vida y le permite tener un objetivo por el cual vivir (Frankl, 2015).

El suicidio está ligado a ciertos trastornos mentales como la depresión o el consumo de sustancias tóxicas como el alcohol, también está relacionado con los momentos de mayor crisis de las personas que ya he mencionado anteriormente, como un divorcio, desempleo, abusos, enfermedades crónicas y el duelo por la pérdida de un ser querido. La consideración del suicidio como una enfermedad mental es bastante reciente en la historia. El suicidio en un principio se estudiaba como un proceso biológico (como un síntoma) pero más tarde se empezó a ver como algo más, dándole un enfoque también sociológico. El suicidio sigue siendo un tema tabú en nuestra sociedad y está muy estigmatizado. El sujeto que intenta el suicidio va a recibir un rechazo por parte de la sociedad, muchas veces estas personas han llegado al límite, se encuentran angustiados, infelices y ven el suicidio como la única vía real de escape. El suicidio puede ser una decisión tomada con racionalidad, la persona puede no tener ningún problema de salud mental (González-Forteza et al., 2015) (Jans et al., 2018).

La ruptura del yo con su proyecto vital es uno de los más importantes factores de riesgo del suicidio. La salud mental no es únicamente la eliminación del malestar

o los síntomas, también es enseñar a manejar los problemas de la persona, recuperación funcional y mejora de la calidad de vida. Por ejemplo, ayudar a afrontar el duelo por la pérdida del proyecto de vida y construir un nuevo sentido vital acorde a las nuevas posibilidades, aprender a pedir ayuda. Manejar el estigma social y la autoestima (Giraldo Patiño, 2014).

Conclusiones

El suicidio es una importante causa de muerte a nivel mundial y la OMS entre sus prioridades se encuentra la intención de reducir la tasa de suicidios a nivel mundial. Por ello, parece de vital importancia realizar intervenciones de prevención en los jóvenes que los lleven a una apuesta por la vida. Algunas personas creen que el suicidio es la solución límite debido a un sufrimiento trágico, como es la cercanía a la muerte en caso de tener una enfermedad terminal. Pueden sentirse una sobrecarga para los demás o han perdido completamente su proyecto vital.

El ser humano se va enfrentando a pérdidas en el transcurso de su vida, pero la más dolorosa es la pérdida por el fallecimiento, de una persona próxima, de una manera trágica, como es el suicidio; debe aprender a enfrentarse a ello a través de duelo, de manera que le permita continuar en la vida.

También desde el punto de vista político es vital la implementación de políticas de inclusión y aumentar las oportunidades en este colectivo, altamente sensible desde el punto de vista epidemiológico.

Prevenir el suicidio en todos sus ámbitos, es una labor importante de la Salud Pública, cuya función debe ser diseñar y promover programas de prevención a nivel nacional y comunitario. desde donde se fomente en los grupos vulnerables el desarrollo de habilidades para la vida.

El deber como ciudadanos con este grupo de riesgo, es fortalecer su autoestima y autocuidado, mostrar empatía, practicar la comunicación asertiva, favorecer su inteligencia emocional, ayudar en la toma de decisiones adecuadas, ser resiliente, ayudar a tener un pensamiento crítico, un pensamiento creativo, mantener el buen humor...

El sufrimiento y la culpabilidad que experimentan los familiares no se puede

evitar, pero si se puede ayudar a paliarlo y a reducir un posible duelo complicado, con apoyo para ayudarles a afrontar la situación y a aplacar el dolor espiritual y poder continuar con la vida en la soledad del que se ha ido.

Referencias bibliográficas

- Amarilla, J., Barrios, F., Bogado, F., Centurión, R., Ca-reaga, D., Cardozo, J., C. (2018). Ideación suicida en Estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional de Asunción. *Medicina Clínica y Social*, 2(1), 13–24. <https://doi.org/10.52379/MCS.V2I1.45>
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2014). El Suicidio en los Adolescentes. Retrieved April 26, 2022, from https://www.aacap.org/AA-CAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/Facts_for_Families_Pages/Spanish/El_Suicidio_en_los_Adolescentes_10.aspx
- Anseán, A. (2014). Suicidios. Manual De Prevencion, Intervencion y Postvencion De La Conducta Suicida. Retrieved from <https://www.amazon.es/Suicidios-Prevención-Intervención-Postvención-Conducta/dp/849429900X>
- Banandur, P., Hasiruvalli Gangappa, V., Koujageri, J. M., Garady, L., Arelingaiah, M., Ramamurthy, S. V., ... Gopalkrishna, G. (2022). Youth and suicidality: Correlates among clients attending youth mental health promotion clinics in India. *The International Journal of Social Psychiatry*. <https://doi.org/10.1177/00207640211070399>
- Boff, Leonardo; Betto, F. (2002). *Mística y Espiritualidad* (3o edición). Madrid: Trotta.
- Cañón Buitrago, Sandra C; Carmona Parra, J. A. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Rev. Pediat. Atención Prim.*, 20, 387–395. Retrieved from https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014
- Colombo-Souza, P., Tranchitella, F. B., Ribeiro, A. P., Juliano, Y., & Novo, N. F. (2020). Suicide mortality in the city of São Paulo: epidemiological characteristics and their social factors in a temporal trend between 2000 and 2017. *Retros-*

pective study. Sao Paulo Medical Journal = Revista Paulista de Medicina, 138(3), 253–258. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2019.0539.R1.05032020>

- Crumbaugh, JC; Maholick, L. (1964). AN EXPERIMENTAL STUDY IN EXISTENTIALISM: THE PSYCHOMETRIC APPROACH TO FRANKL'S CONCEPT OF NOOGENIC NEUROSIS - PubMed. J Clin Psychol ., 20, 200–207. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(196404\)20:2<200::aid-jclp2270200203>3.0.co;2-u](https://doi.org/10.1002/1097-4679(196404)20:2<200::aid-jclp2270200203>3.0.co;2-u)
- Domínguez Saravia, L. M. (2013). LA LOGOTERAPIA: UN RECORRIDO TEÓRICO POR LA TEORÍA DE VÍKTOR FRANKL Y SUS CONCEPTOS PRINCIPALES. UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR.
- Durkheim, E. (2007). El Suicidio. Estudio de sociología y otros textos complementarios. Miño y Dávila.
- Durkheim, É. (2012). El suicidio. Un estudio de sociología (2a edición). Retrieved from https://books.google.es/books/about/El-suicidio.html?id=Yiu9BwAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp_read_button&hl=es&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Emanuel, E. J., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Urwin, J. W., & Cohen, J. (2016). Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe. JAMA, 316(1), 79–90. <https://doi.org/10.1001/JAMA.2016.8499>
- Frankl, Viktor E.; Lapide, P. (2011). Búsqueda de Dios y sentido de la vida : diálogo entre un teólogo y un psicólogo (2a edición). Herder.
- Frankl, V. E. (2015). El hombre en busca de sentido (3a edición). Herder.
- Gabilondo, A. (2020). Prevención del suicidio, revisión del modelo OMS y reflexión sobre su desarrollo en España. Informe SESPAS 2020. Gaceta Sanitaria, 34, 27–33. <https://doi.org/10.1016/J.GACETA.2020.05.010>
- García-Alandete, Joaquín; GalleGo-Pérez , José Francisco; Pérez-Delgado, E. (2009). Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico. Univ. Psychol., 8(2), 447–454.

-
- García-Viniegras, Carmen RV; Pérez Cernuda, C. (2013). Duelo ante muerte por suicidio | Victoria García-Viniegras | Revista Habanera de Ciencias Médicas. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 12(2), 265–274. Retrieved from <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/67>
 - Giraldo Patiño, P. A. (2014). El vacío existencial y la pérdida del sentido de vida en el sujeto posmoderno: retos para el cristianismo del siglo XXI | Cuestiones Teológicas. Cuestiones Teológicas, 41(96), 425–444. Retrieved from <https://revistas.upb.edu.co/index.php/cuestiones/article/view/307>
 - González-Forteza, C., López, C. E. J., León, L. de los Á. M., Díaz, G. O., Echeagaray, F. A. W., & Tapia, A. J. (2015). Ideación suicida y su asociación con drogas, depresión e impulsividad en una muestra representativa de estudiantes de secundaria del estado de Campeche, México. Acta Universitaria, 25, 29–34. <https://doi.org/10.15174/AU.2015.862>
 - Gottfried, A. E. (2017). El sentido de vida en adolescentes entre 17 y 18 años de la ciudad de Mendoza, evidenciado antes y después de un programa de intervención basado en los postulados de Viktor Frankl. Diálogos Pedagógicos, XV(29), 85–114. [https://doi.org/Mendoza, Argentina. Email: andresgothhttp://dx.doi.org/10.22529/dp.2017.15\(29\)05](https://doi.org/Mendoza, Argentina. Email: andresgothhttp://dx.doi.org/10.22529/dp.2017.15(29)05)
 - Grupo de Trabajo para la prevención del suicidio en población infantojuvenil en Castilla La Mancha. (2020). Guía para la prevención de la conducta suicida. Castilla La Mancha.
 - Hang, B. C. (2018). Muerte y alteridad (1a). Barcelona: Herder.
 - INE. (2022). Suicidios por edad y sexo. Retrieved April 26, 2022, from <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=29984>
 - Jans, Thomas; Vloet, Timo D; Taneli, Yasim; Warnk, A. (2018). SUICIDIO Y CONDUCTA AUTOLESIVA. In Matías Irrarrázaval & Andres Martin (Ed.), Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP (pp. 1–40). Ginebra.
 - Jomain, C. (1987). Morir en la ternura, vivir el último instante. Retrieved from <https://www.casadellibro.com/libro-morir-en-la-ternura-vivir-el-ultimo-istan->

[te/mkt0005712475/11303021](https://doi.org/10.1016/j.mkt.2020.11303021)

- Kübler-Ross, E. (1969). On death and dying. Retrieved from <https://www.worldcat.org/title/on-death-and-dying/oclc/4238>
- Lipovetsky, G. (2020). La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo (10a edición). Barcelona: Anagrama.
- Martín Minguez, Luis; García Alonso, Isabel; de la Gándara Martín, J. J. (2010). Suicidio, el último verso de un poeta. Norte de Salud Mental, VIII(36), 143–152.
- Melo, C. de F., Sousa, J. C., Martins, S. M., & Frota, P. C. da. (2018). Brazilian population perception about suicide / Percepção da população brasileira sobre o suicídio. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, 10(4), 1085–1090. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.V10I4.1085-1090>
- Meza Dávalos, Erika G; García, Silvia; Torres Gómez, A; Castillo, L; Sauri Suárez, S; Martínez Silva, B. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. 2Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas, 13(1), 28–31.
- Miaja Avila, Melina ; Moral de la Rubia, J. (2013). El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler-Ross mediante las redes semánticas naturales - Dialnet. Psicooncología: Investigación y Clínica Biopsicosocial En Oncología, 10(1), 109–130. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v10.41951
- NIH. (2021). Preguntas frecuentes sobre el suicidio. Retrieved April 26, 2022, from <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/preguntas-frecuentes-sobre-el-suicidio>
- OMS. (2019). Suicide in the world Global Health Estimates. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326948>
- OMS. (2021). Suicidio. Retrieved April 26, 2022, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- OPS. (2022). Prevención del suicidio. Retrieved April 26, 2022, from <https://>

www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio

- Palma Navasconi, P. V. da S. L. C. (2017). Conducta suicida en adolescentes y jóvenes brasileños. *Alternativas En Psicología*, 37, 8–23. Retrieved from <https://www.alternativas.me/26-numero-37-febrero-julio-2017/141-conducta-suicida-en-adolescentes-y-jovenes-brasilenos>
- Pianowski, G., Sousa, E., Fernandes, O., & Nunes Baptista, M. (2015). Revisión de ideación, comportamiento suicida y medidas de evaluación psicológicas. *Psicología Desde El Caribe*, 32(1), 81–120. <https://doi.org/10.14482/PSDC.32.1.5872>
- Stanford Childrens´ s Health. (2022). Teen Suicide. Retrieved April 26, 2022, from <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=teen-suicide-90-P05694>
- Värnik, P., & Wasserman, D. (2016). Global Suicide. *Advances in Biological Psychiatry*, 30, 1–10. <https://doi.org/10.1159/000435765>

PAPEL DE LOS NEUROTRANSMISORES EN LA AGRESIÓN E IDEACIÓN SUICIDA

Damian Ikechi Onyekwere.

Vice-Secretary of the CICA International Foundation

Correspondencia: damiankechi@hotmail.com

Resumen

El “dinamismo neuroquímico” renació en los años setenta siendo la dopamina como un activador y la serotonina como inhibidor de la agresión mientras que durante los años ochenta evidenciamos la aparición de otros humores dentro del perfil neuroquímico de la agresión; y en los noventa hubo considerables avances en la comprensión del mecanismo de acción de sustancias químicas. De modo que se pudo demostrar que ciertos tipos de neurotransmisores pueden mostrar efectos diferenciales relativamente consistentes sobre diferentes tipos de conducta y que la búsqueda de conexiones entre locigenéticos, actividad neurotransmisora, agresión e impulsividad anticipaba aportación científica rentable en cuanto a llenar las lagunas existentes en el conocimiento en este campo de investigación. Siendo consciente de que todavía es pronto para su aplicación a nivel comportamental. Y teniendo presente que aún se necesita información básica adicional sobre las unidades funcionales mediadoras de la agresividad, y que todavía no se ha encontrado ninguna neuroamina o neuropeptido, ni un perfil o constelación de actividad neurotransmisora que sean específicamente “agresivos” (ver resumen en Miczky Thompson, 1984; Bandler cols, 1986; y Ramírez, 2000).

Convendría mantener cautos y sabiendo que aún no hay respuestas definitivas. Los muchos factores extragénicos que pueden influir en la conducta agresiva y en la salud en general son factores múltiples y entrelazados. Entre ellos se encuentran el modo de vida, más en concreto lo que se conoce como aislamiento o privación social, interacción de determinadas sustancias químicas o fármacos entre otros. La baja concentración de serotonina está relacionada con estado depresivo, ideación autolítica o ideas encaminadas a cometer suicidio.

Palabras clave:

Neurotransmisores, Agresión, Estado Depresivo, Ideación Suicida.

Introducción

Durante los últimos años estamos asistiendo a un desarrollo significativo del conocimiento de los neuroreguladores que participan en los procesos de neurotransmisión cerebral y fundamentan la actividad mental. La importancia de su estudio resulta patente dado que muchos aspectos de una eventual alteración comportamental pueden estar ocasionados por perturbaciones en la neurotransmisión, principalmente debido a sus implicaciones prácticas en el diagnóstico y tratamiento de la violencia y otros desórdenes psíquicos. Este enfoque atribuye una gran relevancia al posible influjo del ambiente y de la experiencia sobre los propios neuroreguladores.

Aunque es probable que distintos neurotransmisores, puedan participar de alguna manera en la modulación de la agresión, a través de vías nerviosas específicas –los diferentes tipos de agresión difieren igualmente en su substrato neuroquímico, al igual que lo hacen en el neuroanatómico (Ramírez y cols., 1980; Siegel y cols., 1995), los más abundantes estudios existentes sobre la base neuroquímica de la agresión (Avis, 1974; Leshner, 1978; Krsiak y col., 1981; Skalnick y col., 1985; Eichelman, 1987) rechazan claramente los antiguos planteamientos reduccionistas que pretendían relacionar cada conducta específica con la actividad de neurotransmisores específicos sobre regiones cerebrales concretas. Así se llegó incluso a conocer a la serotonina como *Civilizing neurohumor* dado su eventual papel en la agresión y en la conducta sexual.

En vez de los antiguos planteamientos reduccionistas, ya se acepta más bien que incluso las pautas comportamentales más sencillas están bajo un complejo control neuronal e influido por más de una sustancia química en compleja interacción mutua. Los circuitos nerviosos que regulan cualquier conducta pueden utilizar diferentes transmisores, y éstos pueden interaccionar entre sí (Valzelli, 1983). Los neurotransmisores no actúan en solitario, sino en compleja interacción entre sí en su origen y en su función. No solo participa más de uno en cualquier conducta, sino que diferentes neurotransmisores, neuromoduladores u hormonas contribuyen al control de las acciones de cada neurotransmisor. De hecho, un deficiente turnover de serotonina acarrearía alteraciones en la regulación del metabolismo de la glucosa y de los ciclos de actividad a lo largo del día (Virkkunen y Linnoila, 1996). Es lo que se conoce como teoría de neurotransmisión múltiple.

Es conveniente hacer algunas observaciones y referencias de interés, como que a veces parece como si intentáramos explicar las relaciones entre biología y conducta, como si la causalidad biológica fuera tan sencilla y predecible como cuando se cae una serie de fichas de dómimo puestas en fila. Sin embargo, la causalidad biológica no es tan sencilla: como puntualizó Ernst Mayr, los sistemas biológicos se podrían describir mejor como un entrelazamiento de redes de causación. Quiere decir: el comportamiento reflejaría la actividad de la serotonina, la cual a su vez afectaría al comportamiento, y éste influiría sobre las respuestas de otros sobre uno mismo, con un ulterior en feedback sobre su propia conducta, la cual continuaría afectando al entero grupo de neurotransmisores entremezclados entre sí.

Dada esta interdependencia entre los distintos sistemas neuronales y las mutuas influencias entre los distintos neurotransmisores, y de todos ellos con el ambiente, conviene tener presente que el hecho de observar un cambio en un neurotransmisor determinado no permite considerarlo necesariamente como el responsable directo de los cambios igualmente observados en un tipo de conducta. Más aún, la valoración comportamental se complica aún más en el caso de la agresión al no mostrar una explicación motivacional unitaria y clara, ya que los actos agresivos pueden expresar estímulos muy distintos entre sí (ira, ataque, defensa, depredación...) desencadenándose por factores de lo más complejos, tanto de modo natural (por influjo genético o ambiental peculiares a cada sujeto) o artificial. De ahí que no es de extrañar que, a pesar de los innumerables esfuerzos al respecto, aún no se haya encontrado ningún fármaco que sirva para controlar etiológicamente toda forma de agresividad (Haefely; 1982, Siever y Davis, 1991).

A pesar de que ciertos tipos de neurotransmisores pueden mostrar efectos diferenciales relativamente consistentes sobre diferentes tipos de comportamiento, aún no se ha encontrado ninguna neuroamina o neuropeptido, ni un perfil o constelación de actividad neurotransmisora que sean específicamente "agresivo".

Documentación científica clásica y algunas investigaciones más recientes se inclinan hacia la teoría de modelos de neuromodulación múltiple, según la cual incluso las pautas comportamentales más sencillas están bajo un complejo control neurohormonal e influenciadas por más de una sustancia química en compleja

interacción mutua. De este modo estos neurotransmisores, neuromoduladores o neurohormonas no manifiestan sus efectos de un modo aislado sino más bien entrelazados. Esta situación compleja de interacción está presente en tratamiento farmacológico. Suele ocurrir en algunas personas mayores que sufren enfermedad como la depresión unida a otras patologías. Y que consecuentemente requiere combinación de varios medicamentos, (poli medicación). A su vez las interacciones de algunas de estos componentes farmacológico le producen efectos o reacciones adversas a causa de la interacción medicamentosa. Este demuestra lo complejo que resulta a la hora de pautar tratamiento farmacológico por la posible interacción entre sí.

Igualmente se ha documentado que en un caso de deficiente recambio de serotonina acarrearía alteraciones no sólo en el umbral de irritabilidad, sino en la regulación del metabolismo de la glucosa y en los ciclos de actividad/sueño a lo largo del día, entre otras funciones.

«Incluso las pautas comportamentales más sencillas están bajo un complejo control neurohormonal e influidas por más de una sustancia química»

Nos encontramos en situación similar referente a descubrir algún fármaco que actúe de modo selectivo - específico y que se pueda aplicar terapéuticamente para controlar la explosión de agresividad incontrolable en algunos pacientes que sufren enfermedad mental.

Sin obviar el avance considerable en la comprensión de los mecanismos de acción de sustancias químicas, especialmente en el área de los neurotransmisores(/ p.e.j., la participación de la catecolaminas en la regulación de los efectos de la experiencia sobre el cerebro y el continuo descubrimiento de nuevos péptidos con aparente papel modulador en el cerebro adulto), todavía es pronto para su aplicación a nivel comportamental, puesto que se necesita información básica adicional sobre las unidades funcionales mediadoras y estudios sobre los efectos comportamentales de péptidos y fármacos.

Con estas salvedades bien presentes, comentemos un par de revisiones de interés. Eichelman (1987) analiza el supuesto papel de los distintos neurotransmisores sobre diversos tipos de conducta agresiva. Limitándonos a la agresión afectiva, dentro de cuyo tipo se encontraría el modelo animal utilizado en el pre-

sente experimento, sugiere que los neurotransmisores de mayor influjo estimulador de dicho tipo de agresión serían la noradrenalina, seguida de la dopamina y de la acetilcolina, mientras que, por el contrario, los mayores inhibidores de la agresión serían el GABA y, sobre todo, la serotonina.

Por su parte, Krsiak y cols. (1981), tras estudiar los efectos de 32 sustancias neurotrópicas sobre la conducta agonística inducida por aislamiento en ratones machos, y relacionarlas con los diversos neurotransmisores y las distintas categorías presentes en ese continuum que es la conducta agonística, concluyen sugiriendo que, mientras que el ataque ofensivo es aumentado por la acetilcolina y la dopamina y disminuido por la serotonina, ésta aumenta la defensa y la huida, siendo de GABA un inhibidor de todas las categorías comportamentales analizadas.

Los sistemas catecolaminérgicos pueden modular el control de la conducta agresiva. Aunque aún no hay acuerdo sobre el posible papel concreto de las catecolaminas—uno de sus principales problemas radica en el hecho de que la propia conducta agresiva influye sobre la dinámica de los sistemas catecolaminérgicos—, sigue viva la idea de que dopamina y noradrenalina participarían como activadores en diversas formas de agresión, mediando en los efectos reforzantes —la agresión sería uno de éstos— y psicomotores de los sistemas opioides (Svare, 1981 y 1983).

Los sistemas catecolaminérgicos, por tanto, pueden modular el control genético de la conducta agresiva.

El sistema dopaminérgico, en concreto, actuaría mediando en los efectos reforzantes, —la agresión sería una de éstos— y los psicomotores de los sistemas opioides (v. revisión en Cooper, 1991); de ahí el potente efecto anti-agresivo de antagonistas dopaminérgicos, como el haloperidol, reduciendo la conducta agresiva en muchas especies animales y humanas (Rodríguez-Arias y cols, 1997; y Kudryavtseva y cols, 1999). Pero aún no hay acuerdo, sin embargo, sobre su posible papel concreto. Uno de sus principales problemas radica en el hecho de que la propia conducta agresiva influye sobre la dinámica de los sistemas catecolaminérgicos. Y que en el efecto de éstos influirá igualmente la dosis utilizada: a baja dosis (normal), aumentaría la agresividad, mientras que a alta dosis (patológico), disminuiría la agresividad.

Diversos estudios pre-clínicos han relacionado la agresividad con el sistema noradrenérgico. Así la estimulación amigdalina en el gato desencadena una reacción agresiva, asociada a una caída en los niveles de noradrenalina (Reis, 1972). En humanos, también se ha observado aumento del nivel de 3-hidroxi-4-metoxifenilglicol (MHPG), un metabolito de la noradrenalina, en la orina de suicidas y de soldados con acentuado comportamiento agresivo (Brown y Mancini, 1991; Maiuro y Avery, 1996) mientras que, por el contrario, la administración antagonistas B-adrenérgicos, como el propanolol, reduciría la conducta agresiva episódica (López-Muñoz y cols, 1999).

“La baja concentración de serotonina y la ideación suicida”

Se considera la serotonina como un inhibidor de la mayoría de las formas de agresión: el aumento de la actividad serotoninérgica reduce la impulsividad, mientras que, por el contrario, la disminución de esta hormona aumenta la frecuencia e intensidad de las reacciones agresivas y antisociales, más las de tipo impulsivo (explosivo e incontrolable) que las premeditadas.

Hemos realizado un estudio sobre el efecto de algunos fármacos serotoninérgicos, tales como la buspirona y la gespirona, sobre la conducta agonística del hámster, utilizando técnicas etológicas que permiten observar la acción de estas sustancias en situaciones lo más naturales posible. Así como una revisión bibliográfica y exploración de trabajos hechos en este campo de trabajo.

La serotonina fue identificada en el suero sanguíneo en los años cuarenta del siglo pasado y fue considerada como una sustancia vasoconstrictora y posteriormente, en los sesenta, se descubrió su actividad cerebral, observándose que los niveles de serotonina y de sus productos de desecho eran menores en los cerebros de los suicidas que en los de otras personas que morían de otra patología (cardiopatías).

Según Kevin M. Malone el acto de intentar suicidarse puede llevar a un individuo deprimido a sentirse mejor mediante un aumento de su actividad serotoninérgica.

La baja concentración de serotonina puede estar asociada con un aumento del riesgo de suicidios, violencia interpersonal no provocada y temprano alcoholismo.

Marie Asberg en 1976, Psiquiatra sueca. Psicofarmacóloga. En 1976 señaló que

los pacientes con depresión que presentaban un nivel bajo, en el líquido cefalorraquídeo, del metabolito de la serotonina ácido 5-hidroxi-indol-acético, tenían más posibilidades de cometer un suicidio. Conocida por su escala de depresión realizada junto con Stuart Montgomery y publicada en 1979 (Escala de Depresión de Montgomery-Asberg).

Numerosos estudios posteriores han confirmado estos hallazgos.

Hay una correlación entre la alteración del funcionamiento de los sistemas serotoninérgicos y varias formas de agresividad.

Bibliografía

- Mattson, M. E. [ed.], (2003). *Neuroscience and Psychiatry*. Humana Press. Totowa.
- Nelson, R. (1995). *An Introduction to Behavioral Endocrinology*. Sinauer.
- Onyekwere, D. I. (2019). Is aggression inherited or acquired? Towards a paradigm shift in Security. XLVIII CICA JUNE 2019 Universidad Nebrija.
- Onyekwere, D. I. (2018). La paradoja de la agresión. XLVI CICA, 11-2018, Universidad Nebrija.
- Onyekwere, D. I. (2017). Respect and Tolerance from a cross cultural Approach effective tools for conflict –solving. XLII CICA, IX-2017, Universidad Nebrija.
- Pagani, C. & Ramírez, J. M. (eds) (2011). Violence is not Biologically Determined. The Seville Statement on Violence twenty - five years later
- Raley, J. J. (ed.) (1995). *Neuropsychiatry of Behaviour*
- Ramirez, J. M. (2006) Neuroreguladores cerebrales de la agresión. *Mètode: Revista de difusió de la investigació de la Universitat de Valencia*, 50; pp. 69-73.
- Ramirez, J.M. Andreu, J. M. (2006). Aggression, and some related psychological constructs (Anger, Hostility, and Impulsivity): comments from a research project *Neuroscience and Biobehavioural Reviews*, 2006, 30 (3): 276-291 **PA**

ROMANTICISMO Y SUICIDIO

Dr. Juan Cayón Peña

Universidad Antonio de Nebrija

Correspondencia: juan@cayon.es

Resumen

El presente capítulo trata de acercar a un volumen multidisciplinar como éste la perspectiva de la filosofía, abordando el fenómeno suicida desde las doctrinas filosóficas con las que el autor está más familiarizado, a saber, el realismo filosófico clásico, de corte tomista y base aristotélica, contraponiéndolo al romanticismo idealista, de corte moderno. Comienza la aportación con algunas ideas introductorias sobre cómo la filosofía se ha ocupado de la muerte como uno de sus temas más clásicos, pues no en vano la muerte es el principal enigma que ocupa al hombre y su razón, para después entrar de lleno en la explicación de la confrontación entre las dos grandes corrientes filosóficas, en las que las distintas doctrinas filosóficas particulares se sustentan. Ese enfrentamiento entre realismo e idealismo abarca la filosofía entera y, por supuesto, se proyecta también sobre la idea de la muerte y el suicidio. Planteadas las bases, el capítulo se adentra en la perspectiva que sobre el suicidio aporta el realismo y Santo Tomás de Aquino como su máximo exponente, para después vincular el ideal romántico y sus presupuestos filosóficos al fenómeno suicida. Termina la aportación con unas breves conclusiones.

Palabras clave:

Filosofía, realismo, romanticismo, suicidio, muerte, modernidad, postmodernidad, tradición.

Introducción

A modo de introducción: La filosofía y la muerte

Las sociedades modernas, a diferencia de las tradicionales, interiorizan deficientemente algo tan natural como la muerte. Y es normal, dado el triunfo de corrientes materialistas en nuestra forma de comprender el mundo, en una sociedad que ha rechazado la trascendencia para centrarse en el hedonismo propio de

nuestros días. Los modernos sentimos pavor ante la muerte, ante el proceso que nos conduce a ella, acostumbrados como estamos a tener una esperanza de vida muy superior a la de nuestros antepasados. El desplazamiento del teocentrismo clásico por parte del homocentrismo filosófico en nuestra sociedad, sin duda encuentra en la muerte una temática incómoda, pues nos aferramos a la vida como la única realidad cierta, más allá de algunas utopías distópicas estilo *Matrix* que, convirtiéndose en película de culto, ha llevado a alguna reflexión algo más profunda que la media en una sociedad lamentablemente banalizada y que se caracteriza por un pensamiento filosófico poco elaborado. El pensamiento profundo y la búsqueda de la última razón de las cosas, siempre perteneció al ambiente filosófico y menos a la sociedad en su conjunto; sin embargo, antaño, los filósofos tenían una respetabilidad social comúnmente aceptada y sus debates y reflexiones, a menudo se dirimían ante el público o en los medios de comunicación además de en la literatura consumida por la sociedad con voracidad. Hoy, en la postmodernidad meliflua en la que todo es incierto, todo es relativo, todo es cuestionado, y hasta la propia naturaleza de las cosas se quiere hacer depender del sentimiento subjetivo, la muerte y la reflexión sobre ella eriza los vellos de la mayoría, que prefiere seguir atendiendo al circo mientras busca pan, un circo en el que la intelectualidad ha desaparecido, los auténticos debates entre expertos son inexistentes y la depauperación humana moneda de cambio corriente.

La relación entre el hombre y la muerte, que como es natural viene manteniéndose desde su mismo origen pues nacemos para morir, aunque nos inquiete pensar en ello, ha sido una constante del pensamiento filosófico y también, en buena medida, del pensamiento más común en la sociedad. Las aproximaciones a la misma podían ser dispares, pero constantes entre hombres y mujeres de toda clase y condición. La muerte forma parte de la vida y el ser humano la descubre desde su más tierna infancia. Lo que sin duda ha cambiado en nuestros días es la forma que tenemos de asumir esa tozuda realidad. Hoy escondemos la muerte como realidad mundana, la apartamos de nuestras casas para llevarla a hospitales y tanatorios, la evitamos en las conversaciones más allá de los pérsames rutinarios y, en la medida de lo posible, huimos de abordarla con cierto detenimiento y profundidad. Pero no por ello deja de ser un fenómeno enigmático que muy en el fondo, a todo ser humano preocupa y ante el que, pese al miedo, manifiesta alguna curiosidad. Esos pensamientos naturales, sin embargo, se

han desplazado en lo social donde hoy se visualiza la muerte como tabú, donde maquillamos la muerte y a los muertos para no enfrentarnos a la realidad de la temporalidad de nuestra existencia, de la corruptibilidad de nuestro cuerpo, de la evanescencia de nuestros anhelos, ilusiones y felicidad en este tiempo y espacio. Rechazada de plano la trascendencia por su hasta ahora indemostrabilidad científica, al hombre moderno la muerte le incomoda profundamente.

Desde un punto de vista estrictamente científico, la muerte es un escándalo (GARCIA ROJO, 1981) pues si de algo se precia la ciencia es, precisamente, de sus avances para retrasar la muerte o mejorar las condiciones de vida hasta el momento final. Incluso en nuestros días vemos con esperanza la existencia de unidades de cuidados paliativos, que, aunque no han terminado con el proceso de morir, lo suavizan o mejoran, generalmente tornando inconscientes a los sufrientes y con ello aliviando su calidad de vida y la de quienes los quieren o rodean. Sin embargo, se siguen empleando ingentes cantidades de dinero en investigar cómo evitar el envejecimiento, cómo disimular sus efectos, cómo retrasar o incluso suprimir el inevitable trance de morir. En la realidad postmoderna, hablamos sin ambages de transhumanismo, y las líneas de investigación que aspiran a fusionar carbono y silicio para lograr pervivir mecánicamente son financiadas por gobiernos y corporaciones con ingentes sumas económicas. Daría para un libro entero la reflexión profunda sobre esa emergente necesidad de aparentar lo que ya no somos tan característica de nuestros días, de esa a mi humilde juicio patética ansiedad por permanecer. Y eso sin tomar en serio a quienes a través de la criogenización de sus cadáveres aspiran a revivir en un mundo futuro en el que se haya encontrado cura a la enfermedad que acabó con su vida. Hasta ese esperpento ha llegado la ansiedad científica por hacer perdurable lo finito. Los planteamientos filosóficos que se esconden, quizás aún sin ser autoconscientes, no son otros que los del idealismo materialista, incapaz de valorar la posible trascendencia de la humanidad más allá de esta vida, cosa que nuestros ancestros canalizaban cabalmente a través de la religión.

“Quien llevó una existencia incolora e insulsa, a la hora de hacer recuento final de sus experiencias pasadas, tristemente será testigo de una ilusión que se evapora. En cambio, aquel que en el correr de los años fue pacientemente levantando el edificio de su realización personal, aceptará la muerte como culmen de una obra que ya venía perfilándose” (GARCÍA ROJO, 1981) Esta acertada reflexión,

explica de manera muy sencilla la dicotomía que apuntamos a la hora de afrontar el tratamiento de la muerte en nuestra sociedad. La filosofía, desde antaño, ha servido al hombre para conocer mejor la realidad que le rodea, para conocerse mejor a sí mismo y para dar cabal respuesta a sus preguntas existenciales. En dicha tarea, naturalmente, los filósofos se han preguntado por la muerte y las respuestas a dicha realidad han sido múltiples y variadas. Y también han variado las valoraciones sobre el suicidio, es decir, la muerte autoinfligida.

Partamos de un hecho fáctico contrastado. Cada año, según la OMS (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2021) cerca de 703.000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. El suicidio es una lacra social, una auténtica tragedia que lógicamente incomoda a la sociedad y de la que existe poca información pública en los medios de masas. En España, la fuente consultada (EXPANSION 2021) describe 3.941 suicidios consumados en 2020 con una tasa media de suicidios por cada 100.000 habitantes de 8'31 y un impacto que en perspectiva histórica no deja de crecer. Los datos son coincidentes con los que expone la Fundación Española para la prevención del suicidio (FSME.ES 2021) y el Ministerio de Sanidad (SANIDAD.GOB.ES, 2021) Y todo ello con la cuestionabilidad de los datos por la estigmatización del suicidio en una sociedad como la nuestra, en la que aún pervive una cierta cultura confesional católica. El presente trabajo intentará conectar suicidio y filosofía, en el intento de aportar una visión multidisciplinar que permita comprender mejor este luctuoso fenómeno y, en la medida de lo posible, paliar su incidencia.

Intentando ajustarnos a la extensión prevista de este trabajo, no podemos adentrarnos en una revisión sistemática de todas las corrientes filosóficas que se han pronunciado sobre la muerte en general o sobre el suicidio en particular. Otros lo han hecho con éxito en el pasado (BAUZÁ, 2018) y poco más podríamos nosotros aportar en ese repaso. Sin embargo, sentimos la necesidad de contribuir a este volumen con alguna reflexión personal sobre el dualismo filosófico al que se enfrenta la humanidad desde antiguo y que en las distintas épocas históricas ha ido configurando la filosofía, dualismo que no es otro que el existente entre el realismo y el idealismo, que en nuestros días pareciera haber quedado superado por el triunfo idealista del que el romanticismo es una de sus manifestaciones más excelsas. El romanticismo, movimiento tan propio de los albores de la modernidad está calando de alguna forma en muchas de las manifestaciones

políticas y sociales de la postmodernidad que se muestran románticas aún sin saberlo. Avancemos pues en esta humilde tarea de apuntar como algunos trazos románticos perviven con vigor en nuestros días, aun comenzando por un contrapunto explicativo del realismo que nos servirá de referencia comparativa.

Realismo y suicidio

Antes de que la mediocridad se apoderara de las aulas y las políticas educativas, en el *curriculum* más esencial del bachillerato se incluía razonadamente explicada la diferencia entre dos maneras de entender la tarea intelectual, dos corrientes filosóficas y gnoseológicas que se personalizaban en dos de los grandes autores de la antigüedad. Naturalmente nos referimos al realismo de Aristóteles y el idealismo de Platón. Es particularmente interesante comprobar que, en la temática relativa al suicidio, ambos pensadores, tan distantes en muchas cosas, coinciden esencialmente en lo reprobable del acto suicida, si bien Platón contempla excepciones que legitiman la decisión suicida mientras que Aristóteles lo condena en todo caso como más adelante veremos.

Pero ¿cómo podríamos explicar en unas pocas líneas la diferencia entre una y otra corriente de pensamiento, entre realismo e idealismo? Este es un esfuerzo que personalmente he afrontado muchas veces para intentar que mis estudiantes de primero de derecho asimilen ambas doctrinas gnoseológicas, y podríamos sintetizarlo de la siguiente manera. El hombre, en su intento por conocer el mundo que le rodea, puede seguir dos caminos diferentes, basados ambos en su capacidad racional. El realismo, que pasa por impregnarse del mundo a través de los sentidos, aun consciente de que dichos sentidos con frecuencia nos engañan, para desde la experiencia extraer conceptos; y el idealismo, que proyecta sobre el mundo la idea nacida en nuestro intelecto para contrastar la adecuación de lo observado a dicha idea, haciendo el camino inverso, es decir, de las ideas a la realidad. Simplificando hasta un extremo probablemente inapropiado, el realista se enfrenta a la realidad captándola de la mejor manera posible y extrayendo de ella las ideas y conceptos que la explican, mientras que el idealista proyecta sobre la realidad a la que se enfrenta sus propias ideas previas, de modo que evalúa la adaptación de la una a las otras para, llegado el caso, intentar transformar la realidad conforme a su pensamiento previo. Digamos que de alguna manera el realista es más “pasivo” que el idealista en el acto de

conocer, pues en su intención tan sólo está comprender la realidad de manera objetiva, mientras que en el idealista encontramos un ánimo más “activo”, pues con frecuencia se ve impelido a transformar la realidad si ésta no se adapta a su ideal. Naturalmente esto no significa que el enfoque realista sea simplemente conformista, que no aspire a cambiar la realidad si fuera necesario, pero deriva a un segundo momento dicha acción en caso de ser conveniente o necesaria, mientras que el idealista entremezcla el acto de conocer y la transformación de la realidad, pues conoce a través del tamiz de sus ideas, del reflejo mental pre-construido de la realidad.

Es por ello que en Aristóteles, como el referente realista, el suicidio es algo que va contra la recta razón, y lo pone como ejemplo de la posibilidad de obrar injustamente contra uno mismo (ARISTOTELES, 2001) cuando en el Libro V, capítulo XI de su *Ética nicomáquea* sentencia taxativamente *“Pero el que se degüella a sí mismo voluntariamente por ira realiza contra la recta razón aquello que no permite la ley”* y de ahí que *“(…) al que se ha quitado la vida se le aplica un cierto deshonor en la idea de que ha obrado injustamente con el Estado”*. Del mismo modo considera innoble la muerte de quien huye del mal a través del suicidio como desesperanzado en el Libro III, capítulo VIII cuando señala *“(…) Pero morir por huir de la pobreza o la pasión o algo doloroso, no es de un hombre valiente, sino más bien de un cobarde: blandura es eludir las situaciones duras, y aquel que lo hace aguanta no porque sea bueno, sino por huir de lo malo”*.

Y en el mismo sentido, San Agustín en I de su *Ciudad de Dios* señala que *“Sólo nos queda aplicar al hombre este precepto: No matarás. Ni a tu prójimo ni a ti, porque el que se mata, mata a un hombre”* (SAN AGUSTIN, 2010), así como Santo Tomás de Aquino, quien señala en la cuestión 64 artículo 5 de la Segunda Parte de la *Suma Teológica* (SANTO TOMAS DE AQUINO, 2014-2018) que *“Es absolutamente ilícito suicidarse por tres razones: primera, porque todo ser se ama naturalmente a sí mismo, y a esto se debe el que todo ser se conserve naturalmente en la existencia y resista, cuanto sea capaz, a lo que podría destruirle. Por tal motivo, el que alguien se dé muerte va contra la inclinación natural y contra la caridad por la que uno debe amarse a sí mismo; de ahí que el suicidarse sea siempre pecado mortal por ir contra la ley natural y contra la caridad. Segunda, porque cada parte, en cuanto tal, pertenece al todo; y un hombre cualquiera es parte de la comunidad, y, por tanto, todo lo que él es pertenece a la*

sociedad. Por eso el que se suicida hace injuria a la comunidad, como se pone de manifiesto por el Filósofo en V Ethic. Tercera, porque la vida es un don divino dado al hombre y sujeto a su divina potestad, que da la muerte y la vida. Y, por tanto, el que se priva a sí mismo de la vida peca contra Dios, como el que mata a un siervo ajeno peca contra el señor de quien es siervo; o como peca el que se arroga la facultad de juzgar una cosa que no le está encomendada, pues sólo a Dios pertenece el juicio de la muerte y de la vida, según el texto de Dt 32,39: Yo quitaré la vida y yo haré vivir”.

Debe entenderse necesariamente tal unívoca afirmación en un contexto iusnaturalista, en el que no cabe conceptualmente una ley contraria al derecho natural, en el que no encontramos el suicidio entre los derechos que posee la naturaleza humana, por lo que en el fondo, el suicida que atenta contra su vida está realizando una conducta profundamente antijurídica y de ahí que se proyecte su acto como contrario a la recta razón. Las implicaciones iusfilosóficas de este contexto, hoy muy alejado de las modernas concepciones jurídicas marcadamente positivistas, nos alejarían del objetivo de este estudio. Baste por tanto condensar aquí la idea de que en el esquema filosófico iusnaturalista, con anterioridad a la intervención del legislador humano, existe en el orden natural una cierta razón jurídica que atribuye al hombre derechos y obligaciones por su propia condición; dichos derechos y obligaciones actúan como límite al poder, límite en definitiva al legislador humano que no podría en Justicia legislar contra dicho derecho natural, debiéndose mantener su actividad en la concreción legislativa de dichos derechos y obligaciones a través de las normas positivas, completando además con ellas los aspectos no contemplados en el derecho natural que resultarían necesarios para el orden social. Y de ahí que los clásicos como San Agustín de Hipona o el propio Santo Tomás de Aquino entendieran que *Lex iniusta non est lex*.

La sociedad postmoderna en la que nos encontramos no es iusnaturalista ni comparte filosóficamente hablando los postulados del realismo de corte aristotélico-tomista. Muy al contrario, en la postmodernidad se ha consolidado, aún sin una conciencia generalizada por el escaso nivel filosófico de nuestros congéneres, un idealismo patente que además en estos últimos años se ha tornado romántico, o al menos, ha adoptado del romanticismo algunas de sus características como el sentimentalismo, lo que se aprecia en numerosas manifestaciones de nuestros días tales como el resurgir del nacionalismo, la ideología de género

o la cultura de la muerte en sus distintas manifestaciones (aborto y eutanasia principalmente).

Romanticismo y suicidio

No todos los clásicos se mostraron contrarios al suicidio en todas las situaciones. Así Platón, padre primigenio del idealismo que a su vez inspira el romanticismo, trata del tema en varias de sus obras importantes como el *Fedon*, el tratado de *Las Leyes* o en su *Republica*, condenándolo salvo en algunas excepciones cuya explicación nos distraería pensamos del objeto de esta contribución. La escuela estoica, con Seneca a la cabeza, sin embargo disculpaba el suicidio como muerte honorable en casos extremos de vida que hoy llamaríamos dependiente, a modo de eutanasia autoinfligida. Y han sido numerosos los filósofos más modernos que han encontrado en el suicidio no sólo una práctica legítima sino incluso necesaria para salvar el honor personal, como ocurre en el pensamiento oriental propio del Japón y su *Bushido*, aunque también encontramos a importantes pensadores modernos que se muestran contrarios a aceptar el suicidio, como el propio Kant quien en su *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres* y en su *Metafísica de las costumbres* (KANT 1998 y 2009 respectivamente) considera el acto de suicidarse como un acto de injusticia pues aniquilar al sujeto de la oralidad equivaldría en su opinión a finiquitar la propia moralidad.

Centrando la cuestión en el romanticismo como se nos solicitó, parece conveniente dedicar algunas páginas a entender este movimiento filosófico que en realidad excede la propia filosofía y tiene algunas de sus manifestaciones más sublimes en las artes pictóricas, literarias o musicales. ¿Qué es el romanticismo por tanto? Para entender el romanticismo, se hace preciso ubicarlo contextualmente. El romanticismo nace en el S. XVIII como movimiento dialéctico frente al neoclasicismo, y como apuntábamos antes, trasciende los movimientos meramente culturales para convertirse en una forma de vivir, un prisma desde el que abordar no solo las artes sino también la política, el derecho e incluso, claro está, la propia filosofía como forma de entender la realidad. De raíz netamente idealista, el romanticismo pivota en la exaltación del yo en el contexto de la Ilustración. Son muchos los antecedentes que deberíamos mencionar en un estudio monográfico sobre la cuestión, pero baste aquí la referencia a lo que acontecía con la caída del antiguo régimen, el fin de los sistemas tradicionales de creen-

cias y organización social, la lucha sin cuartel entre el mundo clásico que se resistía a desaparecer y los nuevos aires enciclopedistas en los que la ciencia y la razón parecen dominarlo todo. El romanticismo fundado en la imaginación y no en la realidad destruida por la Revolución, se desarrolla en el caldo de cultivo del sentimiento y la manifiesta insuficiencia de la razón para dar satisfacción a su ideal. En este sentido, el Diccionario de la Real Academia Española define el romanticismo en su primera acepción como el movimiento cultural que se desarrolla en Europa desde finales del S. XVIII y durante la primera mitad del XIX y que, en oposición al Neoclasicismo, exalta la libertad creativa, la fantasía y los sentimientos. Pero lo cierto y verdad es que el romanticismo traspasó enseguida los límites del arte y la cultura para adentrarse de lleno en la política, la moda e incluso la filosofía, y aún hoy pervive en la mente y actitud vital de muchos de nuestros conciudadanos, por más que éstos no sean quizás conscientes de su condición, ensoñados como están en sus propios delirios. Los lectores españoles recordarán bien un ejemplo divertido por lo grotesco, en el seno de los altercados contra el orden constitucional en Cataluña en el otoño de 2017 cuando uno de los manifestantes, funcionario de la Generalitat para más señas, se gloriaba de estar actuando en nombre de la república catalana, ante lo que un *mosso d'esquadra* le espetó de manera espontánea pero realista ante las cámaras el famoso "*la república no existe, idiota*". Más candoroso ejemplo de la dialéctica entre románticos y realistas en nuestros días no puede encontrarse (EL MUNDO, 2017). Y es que, para el romántico, su ansia de libertad no conoce regla; una libertad precisamente basada en la ausencia de reglas más allá de su propia y subjetiva voluntad, del hecho diferencial del yo romántico que no puede ni debe sujetarse a ninguna imposición. Un hombre nuevo, despojado de ataduras y por tanto creador de su propio destino que, llegado el caso, bien puede ser el suicidio en lo que nos interesa sin que familia, sociedad, reglas morales o derecho basten para detenerle.

El romántico reacciona frente a la tradición imbuido de la ideología, pero también lo hace a su manera, aun formando parte de ella, frente a la modernidad, dando rienda suelta a la imaginación, a la autoconstrucción del ser sin necesario apego a la realidad de las cosas. El romántico imagina, casi delira sobre un pasado que nunca existió y al que desea retornar con todas las consecuencias, o un futuro que imagina, ejerciendo una suprema libertad entendida de un modo nuevo, sin límites humanos ni divinos, en la que es responsable y único decisor,

sin reconocer nada que no sea su propia voluntad. La idea del hombre romántico no tiene límites ni conoce medida, es de alguna forma todopoderosa. El hombre romántico lo puede todo, transforma el mundo a su voluntad y retorna a un estado natural hipotético donde la pasión y su deseo se tornan en reglas de vida imparables, tomando como ejemplo a la naturaleza salvaje, fuerza omnipotente y originaria.

Así el hombre romántico no percibe la realidad sino a través de sus ideas, no es consciente de que el mundo que le rodea no es fantástico sino real, en el que no siempre sus sueños ideológicos, políticos o estéticos tienen cabida. Ese idealismo subyacente lleva con frecuencia al romántico a imaginar un falso altruismo, un honorable comportamiento frente a los demás en beneficio de los ideales, incluso con riesgo de su propia vida. No es ese el suicidio al que deseamos referirnos, pues el heroísmo siempre ha sido una cualidad presente en la mayoría de las sociedades, aunque principalmente animadas por el convencimiento de que el paso a otro nivel de existencia, es decir, la muerte, no es el final sino muy probablemente el principio. Las fuertes convicciones de las sociedades tradicionales llevaron a gestas increíbles de las que la historia está llena, con frecuencia a costa de la vida de un puñado de héroes. Pero esos héroes caídos no eran suicidas pues hubieran preferido no morir en el intento, aunque estaban dispuestos al máximo sacrificio por conservar su sociedad o sus ideales. Además, la muerte no se la procuraban ellos mismos sino el enemigo al que aspiraban a batir. El auténtico heroísmo no es romántico, no confunde realidad e ideal, es consciente de las dificultades y la realidad poco favorable y, aún así, está dispuesto a entregar la vida si fuera necesario pensando en un bien mayor. El héroe no es desesperado, no está abatido, no se deja vencer por la dificultad ni renuncia a seguir defendiendo aquello que considera su deber. Muy al contrario, el héroe es generoso, entregado a los demás a quienes antepone a su propio ser o comodidad, a diferencia del romántico que piensa prioritariamente en él y su idea, al que generalmente poco importan los demás que no le sigan en su ideal como acredita, por ejemplo, el ideal revolucionario de libertad, igualdad, fraternidad que, inmediatamente tras su proclamación, fue seguido de decenas de miles de muertes en los primeros meses de implantación de la Francia revolucionaria.

Pero la realidad suele ser bien distinta del ideal romántico y de ahí que, con frecuencia, el hombre romántico no resuelva sus problemas, se muestre inquieto,

nervioso, incapaz de encontrar sosiego ante la frustración que le produce la realidad frente a su idea. Y es en esa tesitura donde nace la aflicción e insatisfacción tan típicas del romanticismo. Como destaca Narciso Juanola siguiendo a Sciacca (JUANOLA SOLER 1994) *“el hombre romántico comporta un modo de ser-sentir-pensar en el infinito y por ello se sitúa fuera del mundo factico, liberando las potencias del alma al ponerse en contacto con la naturaleza (...) pero el romanticismo, en el fondo, es sin esperanza. En efecto, su ironía sobre todo lo finito nace de la imposibilidad de reducir el infinito a nuestra posesión”*. El romántico es un inconformista frente a la realidad que por momentos y de manera ilusoria se siente superior a ella, pero que sucumbe en el pesimismo y en el nihilismo cuando los planes no salen como había soñado. Resume (FORMENT 1994) *“su rechazo y su actitud de descontento ante el mundo real los muestra, a veces, de un modo tan acusado, que le periten dar razón de una huida casi total, porque sólo viaja a su interior e inventa nuevos mundos, carentes de realidad y comprensión. Otras no le bastan ni los países exóticos, ni el pasado medieval, ni su propio yo, y opta por la naturaleza (...) No se trata de un encuentro con el paisaje bucólico del clasicismo, sereno y armonioso, sino de un paisaje melancólico o agreste, de un paisaje que refleje la tristeza depresiva o la incontenible agitación del alma romántica. En el mar tempestuoso, en los lugares impracticables o muy alejados, en las alturas... el romántico descubre su propia melancolía, indeterminada y misteriosa”*. Esa melancolía depresiva, esa disconformidad con el mundo real que le rodea, con frecuencia llevó al romántico a ese último intento de huir de la realidad del mundo y de sí mismo en la pretensión de escapar de la perenne desazón a través del acto suicida, evocación material del supremo nihilismo autodestructivo que marca el romanticismo más radical.

Y esta es otra de las características del movimiento que estudiamos, su sentimentalismo, es decir, la primacía del sentimiento frente a la realidad objetiva. Esa primacía de los sentimientos lleva al entusiasmo cuando el romántico se siente vital, a la pasión desenfadada cuando se siente enamorado, al totalitarismo cuando se siente poderoso... y al suicidio cuando la realidad, tozuda como es, no se corresponde con sus sentimientos. Y así por ejemplo lo entiende (ORTEGA Y GASSET, 1927) cuando escribe *“El romanticismo, germinado en las postrimerías del S. XVIII, significa en la historia el triunfo del sentimiento”*. En sus contradicciones, el romántico es a un tiempo cristiano medieval y panteísta aconfesional, desprecia la vulgaridad e idolatra lo excepcional, inventa la historia

y procura volver a ella, es capaz de buscar los orígenes de su civilización y a la vez imponer una nueva cultura arrasadora de todo lo anterior, el triunfo de su voluntad se sobrepone a todo y a todos, hasta que se deprime y abandona. *“El yo romántico es voluntad de absoluto, una voluntad que acaba -no puede ser de otra manera- en catástrofe y tragedia (...) y como en el fondo todo es banal, se engendra un gusto sádico-satánico (estético) de la muerte, una salida, una fuga-huida ante la banalidad”* (JUANOLA SOLER 1994). Como destaca (FORMENT 1994) *“la vida se establece sobre los impulsos emocionales, que se convierten en su única guía”*. Y las emociones desenfrenadas, con frecuencia no soportan el riguroso análisis de la razón.

Existen ejemplos pavorosos de esto que señalamos y el mejor en nuestra opinión es el del III Reich alemán, probablemente la mayor experiencia romántica de la historia de la humanidad, con los resultados más catastróficos que hasta la fecha hemos conocido, solo superados en barbarie por los producidos por el marxismo al que por cierto combatió. Las características que hemos venido describiendo del movimiento romántico se exaltaron de manera sistemática en el movimiento nacionalsocialista. El profundo resentimiento alemán tras la derrota consagrada en el tratado de Versalles al finalizar la Primera Guerra Mundial; el mito histórico de una raza aria pura y dominadora de Europa; el nacionalismo exacerbado apelando a una antigua Alemania que realmente nunca existió; la música mítica de Richard Wagner uno de los máximos exponentes del romanticismo alemán; el afán recuperador de la armonía con la naturaleza a través de los campos de descanso, los ventanales con panorámicas milimétricamente diseñadas para exaltar la belleza de la naturaleza salvaje o la obra social de las juventudes hitlerianas; la investigación médica sobrepasando cualquier frontera ética para demostrar la condición del superhombre; las películas exaltantes del liderazgo y la excepcionalidad histórica del *Führer* así como el seguro *“Triunfo de la voluntad”*; el culto estético por la muerte y su banalización en banderas, uniformes y ceremoniales; la irracionalidad impenitente frente a las circunstancias de la realidad hasta el final de la guerra audazmente iniciada y conducida; la ciega confianza en las armas secretas con las que Alemania ganaría esa guerra sin duda alguna; el nihilismo autodestructivo... y al final, el suicidio de más de 10.000 personas ante la realidad de la rendición y el ocaso de los *“dioses”* nacionalsocialistas, muchos de los cuales, ellos mismos, decidieron una nueva forma de victoria que sólo estaba en sus mentes a través de su libre y consciente

acceso a la inmortalidad tras pasar por un mundo que no merecía ser vivido ante la evidencia de su fracaso ideológico.

Una última reflexión antes de pasar a las breves conclusiones de nuestro trabajo. Nada más erróneo que considerar el romanticismo como cosa del pasado, por más que podamos aprender de la historia las consecuencias de este enfoque filosófico. Si algo caracteriza a la postmodernidad es, precisamente, la aparición de signos contradictorios permanentemente en un entorno absolutamente voluble y cambiante. Y así, de manera simultánea a un cientifismo y avance tecnológico sin precedentes, en nuestros días se exalta el sentimiento por encima de la realidad y podemos encontrarnos con españoles que se sienten exclusivamente catalanes pese a lo que diga su pasaporte, a hombres que se sienten mujeres y viceversa, o incluso personas que evolucionan en su sexualidad mal llamada género hacia figuras cada día más complejas, poblaciones que se sienten reprimidas aunque se desarrollen en un estado de derecho con cauces legales para expresar el disenso o terroristas que se sienten libertadores asesinando civiles inocentes.

Y terminando, quisiéramos apuntar dos líneas para futuras investigaciones: Primeramente encontramos que ese planteamiento filosófico ha calado incluso en culturas muy distintas de la occidental como la musulmana, donde no pocos fieles están dispuestos a inmolarsé para recuperar un *Al-Andalus* imaginario, participando de muchos rasgos románticos complementarios como la cultura de muerte y violencia, el retorno a comportamientos pretendidamente medievales o la narración épica de la barbarie con la excusa religiosa deformada basada en la auto salvación del alma por el sometimiento del mundo a su rebeldía irracional particular, eso sí, cargada de un resentimiento, en este caso frente a Occidente, también típicamente romántico. Y en segundo lugar, percibimos también como el romanticismo utópico y postmoderno se encuentra presente en lo relacionado con los avances científicos que aspiran a lograr un hombre nuevo en un mundo nuevo, un hombre inmortal gracias a los implantes electrónicos y la transmisión del ser a la máquina, en una nueva Jerusalén Celeste que es el mundo bioideológico y sin sufrimiento, sostenible, fraterno, solidario y con perspectiva de género, descansando, eso sí, como anunciara (NEGRO PAVÓN, 2007) “(...) *en la abolición del dualismo de las religiones tradicionales vida temporal-vida eterna (...) pesimistas ante el hombre existente, aunque, por su concomitancia*

con la idea de progreso, se muestran optimistas hacia el futuro”. Romanticismo en estado puro.

Conclusiones desde el realismo clásico

Por más que la filosofía se define en su primera acepción como el conjunto de saberes que busca establecer, de manera racional, los principios más generales que organizan y orientan el conocimiento de la realidad así como el sentido del obrar humano, son variadas las corrientes que intentan explicar los distintos fenómenos observados. Encontramos dos aproximaciones muy diferentes para abordar dicho conocimiento, el realismo y el idealismo. Quien estas líneas escribe se muestra partidario de la primera y enemigo de la segunda, por lo que las conclusiones de esta aportación deben leerse en coherencia con dicha toma de posición.

El romanticismo ha resultado ser una escuela de pensamiento nociva para la sociedad y autodestructiva para el hombre, por más que en sus vertientes pictórica, literaria o musical, sin duda alguna ha generado algunas de las obras cumbre de la civilización occidental.

El romanticismo es idealista, irracional, revolucionario y, consecuentemente, contrario al realismo, pues pivota sobre el sentimiento subjetivo y no sobre la realidad. Admite y fomenta la interpretación unilateral de los hechos, dificultando la convivencia y la paz social. Por ello, la filosofía romántica ha servido de base a doctrinas políticas y jurídicas totalitarias, arbitrarias, irracionales y, en general, destructoras de la auténtica sociedad humana, mostrándose además incompatible con el humanismo cristiano tradicional que caracterizó nuestra cultura occidental.

El romanticismo es egocéntrico, ideológico y sentimentalista, propiciando una libertad entendida como ausencia de límites al propio yo y obviando la relación natural del hombre inserto en la sociedad desde el momento de su nacimiento. La libertad romántica se muestra salvaje, inmisericorde, incluso violenta si se tercia, sobre la base de un resentimiento vital, de una amargura existencial difícilmente soportable frente a una realidad imperfecta como es el mundo real.

El romanticismo, en lógica consecuencia, contempla el suicidio como el último

acto de la libre voluntad, justificándolo en numerosas ocasiones como la única salida auténticamente humana a la profunda insatisfacción que acarrea la propia existencia en un mundo que no siempre coincide con el ideal romántico. El harzazgo y el vacío interior del romántico cree encontrar una vía de escape a través del acto suicida.

La exaltación del sentimiento propio y la ausencia de referentes racionales en la postmodernidad, el mito del hombre nuevo en un mundo nuevo, así como la escasa tolerancia a la frustración que caracteriza al hombre postmoderno particularmente en Occidente, podrían tener raíz romántica aún sin plena consciencia o adscripción voluntaria a dicha corriente, y estar asociadas al aumento de suicidios en nuestros días.

Bibliografía

- ARISTOTELES, *Ética a Nicómaco*, Alianza Editorial, Madrid, 2001, ISBN 84-206-3928-1.
- BAUZA, Hugo Francisco, *Miradas sobre el suicidio*, Fondo de Cultura Económica 2018.
- EL MUNDO, <https://www.youtube.com/watch?v=s2OwAUFFdno> , 2017, contrastado el 26 de junio de 2022.
- EXPANSION, <https://datosmacro.expansion.com/demografia/mortalidad/causas-muerte/suicidio/espana> , 2021, contrastado el 26 de junio de 2022.
- FORMENT, Eudaldo, “El resentimiento romántico y postmoderno”, *Verbo*, 329-330, (1994), pág. 1094 y 1099
- FSME, <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2020/> , 2021, contrastado el 26 de junio de 2022.
- GARCIA ROJO, Jesús, “La muerte, enigma científico y acontecimiento cristiano”, *Revista de Espiritualidad*, 40 (1981), págs. 9-25
- JUANOLA SOLER, Narciso, “La filosofía del romanticismo”, *Verbo*, 329-330, (1994), pág. 923 y 934-935

- KANT, Manuel, *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Espasa Calpe, 1998, ISBN 84-239-1940-4
- KANT, Manuel, *Metafísica de las costumbres*, Ediciones Encuentro, 2009, ISBN 84-499-2000-79
- NEGRO PAVÓN, Dalmacio, “El mito del hombre nuevo I”, en *Verbo*, 459-460, (2007), pág. 736
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide> , 2021, contrastado el 26 de junio de 2022.
- ORTEGA Y GASSET, José, “Para un museo romántico” en *Revista de Occidente*, (1927), pág. 85
- SAN AGUSTIN, *La Ciudad de Dios*, Tecnos, 2010, ISBN 978-84-3095-0690
- SANTO TOMAS, *Suma Teológica*, BAC, 2014-2018, ISBN 978-84-220-1432-4
- SANIDAD.GOB.ES, https://www.sanidad.gob.es/va/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/Defunciones_Suicidio2020.pdf , 2021, contrastado el 26 de junio de 2022.

**ABORTO Y MATERNIDAD SUBROGADA.
¡NI EL ABORTO ES LA ÚNICA SOLUCIÓN, NI LAS MUJERES GESTANTES
SON UNA MERCANCÍA!**

J. Martín Ramírez.

Universidad Nebrija. Fundación CICA Internacional
Correspondencia: mramirez@ucm.es
34 91 8444695

EL RINCÓN DE DIBI



**45.000 mujeres mueren cada año de forma violenta en España
¡Paremos la lacra del aborto!**

Aborto

Hipócrates condenó el aborto. Desde el juramento hipocrático, que he tenido el honor de hacer personalmente en la isla de Kos, donde nació Hipócrates, siete siglos antes de Cristo, tenemos bien claro que el médico está para salvar vidas, no para quitarlas. No es nuestra misión matar, como algunos pretenden imponernos, obligándonos a realizar prácticas que, lejos de proteger la salud, pretenden matar con abortos y eutanasias, sino conservarla y favorecerla al máximo. El manifiesto sobre el respeto a la vida humana, firmado por la Asociación Mundial de Médicos, termina con estas categóricas palabras: «Somos médicos y técnicos de la sanidad para devolver la salud, no para asesinar». Añadir a la cartera sanitaria el verbo 'matar' amenaza la confianza recíproca en la relación médico-paciente. Por el contrario, exigimos cuidados prenatales y paliativos, con pacientes con una enfermedad avanzada que los necesitan.

La Madre Teresa, en su discurso como Premio Nobel de la Paz, afirmó con fuerza y valentía que no habrá paz mientras se permita el aborto, el asesinato de un ser humano desde su concepción, embrión incluido, hasta el nacimiento, y agregó incluso después, ya que a este ritmo también perderemos totalmente el juicio por el horror del infanticidio.

Un libro de Julián Marías, publicado en 1997, incluye un capítulo medular sobre el aborto que se plantea ahora con virulencia antes desconocida hasta convertirse en una de las cuestiones más apremiantes en las sociedades occidentales.

Tal y como asegura la comunidad científica, la vida humana comienza en el momento de la concepción y termina con la muerte natural del individuo. Es un derecho fundamental desde sus más básicas estructuras, que se encuentra al menos a la misma altura que otros derechos básicos, como puede ser el derecho a la libertad, al trabajo, a una vivienda digna, etc. Cuando se afirma que el feto es 'parte' del cuerpo de la madre (femenino, en todo caso) se dice una solemne falsedad. Por supuesto, es dependiente de la madre-mujer durante nueve meses, como lo es el recién nacido. Pero el feto, nunca en su trayectoria intrauterina es una cosa, no es un qué sino un quién, que va desarrollando en lo oscuro su personalidad hacia la luz como titular de derechos irrenunciables por él y por quien tiene la tarea y el compromiso natural de hacerlo viable. Pero admitiendo por un momento la tesis extrema de que sí fuese una mera 'porción' de la mujer que lo cobija, nadie tiene

derecho a mutilarse o a matar, y menos, como propone la nueva ley del Aborto, que este sea un derecho ‘fundamental’: si yo quiero cortarme una mano de un hachazo, los demás me lo impedirán. salvo que se admita vivir en una sociedad del todo ‘despiadada’.

Tampoco se puede consensuar la vida humana a base de plazos, determinando cuándo le deben ser conferidos al ser humano todos los derechos que nos asisten a los demás, ¿qué inconveniente existe en determinar éste, una vez nacido, o en su etapa infantil, o en su adolescencia, madurez o ancianidad? Por tanto, nada de plazos, porque la vida es digna de toda protección, desde el momento mismo de su concepción.

En una época en que ya lo habitual es procurar la muerte de un bebé no deseado antes de que nazca -más de cien mil niños asesinados en el vientre materno durante 2020 en España, según acaba de hacer público en la Memoria de actividades de la Iglesia -, continuar con el embarazo hasta el parto es un acto de generosidad materna por parte de una mujer que acertó plenamente al elegir la vida de su hijo, incluso abandonándole con la intención de que lo encuentren cuanto antes, pensando que la familia que lo adopte pueda proporcionarle una vida que la madre biológica quizá no pueda darle, aunque el abandono de un recién nacido siga siendo un acto delictivo. Además, su terminación podría causar un daño psicológico en la madre al ser una experiencia sumamente traumática -una agresión violenta al propio cuerpo, obligado a expulsar a una vida que comienza a latir-, máxime cuando ha sido provocado. Y no conviene olvidar que la mayoría de las enfermedades psiquiátricas son multifactoriales, en un fenómeno dinámico, en continua interacción con el ambiente (Ruiz Guevara, 2022). Asesinar a otro nunca puede ser un derecho.

El abortismo desampara al más débil, obligándole a morir sin nadie que lo defienda; hace pagar al feto las consecuencias de decisiones ajenas, sin que se valore siquiera la existencia de un conflicto, algo tan propio de las leyes civilizadoras. Es muy difícil defender la existencia de derechos humanos fundamentales si no se respeta su premisa, que es el derecho a vivir para poder disfrutarlos.

En estos días está de actualidad la revisión de la ley conocida como “Roe v. Wade”, con la que el Tribunal Supremo de Estados Unidos legalizó el aborto en EE.UU. hace medio siglo. Dicha decisión judicial de 1973 legalizó el aborto como un de-

recho de la mujer «hasta que el feto sea viable». Roe fue el pseudónimo utilizado por una soltera, llamada Norma McCorvey, madre de dos hijos dados en adopción y que en 1970 quiso abortar a su tercera hija alegando que su embarazo había sido fruto de una violación (nacida ésta, la dio en adopción). Y Wade el fiscal del distrito de Dallas (Tejas), que se opuso aduciendo que esa práctica estaba prohibida por la Constitución. La propuesta del magistrado de la Corte Suprema Harry Blackmun a favor de ella, en 1973, ganó por 7 votos a 2, quedando despenalizado el aborto hasta la semana 24.

Paradójicamente, Roe acabó sus días a mediados de 1990, con su conversión religiosa y como una firme defensora del derecho a la vida del no nacido, después de haber sido abanderada de la causa a favor del derecho al aborto durante décadas. Una organización provida estableció su sede al lado de una clínica abortista en la que ella trabajaba como voluntaria. «En el centro de las matanzas, en las puertas del infierno, aquí es donde la iglesia de Jesucristo tiene que estar», defendía su presidente, el reverendo Flip Benham. De forma sorprendente, trabó amistad con él y comenzó su redención. Abrazó la fe evangélica y la bautizaron en la piscina de una casa de Dallas. Así empezó su activismo contra el aborto, pues comprendía que la interrupción del embarazo era un asesinato.

La filtración de la sentencia publicada por *Politico*, medio digital de Washington, escrita por el juez Samuel Alito, nombrado por George Bush hijo en 2005, ponente del caso, afirma que «la Constitución no hace referencia al aborto y ningún derecho de este tipo está protegido implícitamente por ninguna disposición constitucional». El juez Alito argumenta en la sentencia que varias leyes promulgadas en los siglos XIX y XX criminalizaron ya entonces el aborto, del que no hay mención como derecho en la Constitución de 1787, por lo que pide la derogación del fallo de 1973, al considerarlo radicalmente nulo. Esta sentencia no se propone prohibir el aborto, sino derogar su condición de derecho constitucional y remitir a los Estados federados la capacidad de dictar leyes restrictivas o prohibitivas con el aborto, algo que ya está en marcha en más de una veintena de estados de corte conservador. Todo un cambio histórico. Además, añade Alito, la elevada demanda de adopciones hace que el aborto sea innecesario. El 11 de mayo de 2022, el Senado de los Estados Unidos ha votado por 51 a 49 su apoyo a la sentencia propuesta por Alito. Ya se ha hecho pública la sentencia del Tribunal Supremo que, en esencia, declara que la Constitución americana nunca admitió dicho derecho,

por lo que devuelve la autoridad para regular sobre el aborto a los estados, como representantes del pueblo.

El itinerario jurídico americano es similar al español: el aborto fue despenalizado por el gobierno de Felipe González en 1982, y recurrido por AP ante el Tribunal Constitucional en 1985. Ante la evidente fractura entre los miembros del TC, el voto del entonces presidente, Manuel García-Pelayo, resultó determinante para inclinar la balanza a favor de la inconstitucionalidad de la ley socialista que despenalizaba el aborto en determinados supuestos

En 2010, el gobierno de Rodríguez Zapatero aprobó la llamada “ley Aído”, que permitía el aborto libre durante las primeras 14 semanas. Al año siguiente dicha ley fue recurrida por el Grupo Popular (junio de 2010), sin que, doce años después, aún haya fallado al respecto el Tribunal Constitucional. Por fin, el TC parece estar dispuesto a abordar dicha “ley Aído”. Han tenido que pasar por el órgano de garantías cuatro presidentes y tres ponentes distintos, e iniciarse actuaciones judiciales contra el tribunal dentro y fuera de España, para que se haya reactivado un asunto de enorme calado y sensibilidad social, como lo muestra el que los distintos presidentes del órgano se han ido pasando la pelota unos a otros, renovación tras renovación: de María Emilia Casas a Pascual Sala y de Francisco Pérez de los Cobos a Juan José González Rivas. Los roces que hubo en el PP en torno a la reforma de la ley se saldaron con la dimisión del entonces ministro de Justicia, Alberto Ruiz-Gallardón, cuando se le vetó el anteproyecto de ley que suprimía el sistema de plazos. De ahí que la decisión se haya ido posponiendo de una forma tan descarada, hasta el punto de que será el pronunciamiento que más se haya demorado en la historia del Tribunal, pese a que, según revelaron hace unos meses algunos de los diputados que enarbolaron la impugnación de la ley, el TC se comprometió con ellos a dar «carácter prioritario» a la tramitación y resolución del mencionado recurso. De la incomodidad que este asunto ha generado y genera en el seno del Tribunal, pero también en el del propio partido que cuestionó la constitucionalidad de la ley, da buena muestra el tiempo transcurrido desde que un grupo de diputados del Partido Popular –muchos ya no son parlamentarios y otros están hoy en Vox– interpuso este recurso. Aunque ha habido un desistimiento tácito, no lo habido expreso, por lo que el Tribunal tiene la obligación de resolver el asunto, lo antes posible. Un recurso no puede estar doce años guardado en un cajón. Se da por hecho que habrá división en el TC, hay cierta confianza en que el

borrador preparado por el magistrado propuesto por el PP Enrique Araldo –quien ha heredado las ponencias del también conservador Andrés Ollero– facilite al menos un acercamiento de posturas, algo que resultaba «imposible» con el borrador de Ollero, jurista de profundas convicciones religiosas, quien reconoce que no llevó su texto a Pleno porque no era posible llegar a una solución de consenso. De la incomodidad que este asunto ha generado y genera en el seno del Tribunal, pero también en el del propio partido que cuestionó la constitucionalidad de la ley, da buena muestra el tiempo transcurrido.

Su actual presidente, Pedro González-Trevijano, ya anunció el pasado noviembre, tras su toma de posesión, que quería que el borrador del texto de Araldo, que dejaría intacto el sistema de plazos y admitir algunas impugnaciones, y permitiría al menos un acercamiento de posturas, se debatiera por primera vez en Pleno antes de que finalice su efímero mandato –este mes de junio–, con la actual composición del órgano de garantías, que cuenta con una mayoría conservadora de siete a cinco. Sin embargo, se ha anunciado que la sentencia sobre la constitucionalidad de la todavía hoy vigente ley de plazos tendrá lugar tras la renovación de nuestro TC con una mayoría progresista, pues corresponde al Gobierno nombrar a dos de los cuatro magistrados que entran. Sea lo uno o lo otro, se espera que en junio se dé finalmente a conocer el fallo del tribunal.

A la hora de escribir estas líneas, aún no se conoce la decisión final al respecto, por lo que el Tribunal Constitucional ha aparcado prudentemente sentenciar sobre temas tales como aborto y eutanasia. El gobierno no puede privar de sus funciones al Tribunal Constitucional, por muchas ganas que tenga de hacerlo.

El otro día leíamos por las calles de Madrid el lema «¡Nos jugamos la vida! ¡Basta ya de leyes contra la verdad y la naturaleza humana!», con motivo de la nueva ley del Aborto, que nuestro código legislativo quiere introducir con embudo, una ley que «mata porque se olvida del niño y atenta contra la familia». Además, llaman con urgencia todos los abortos, eliminando el período de reflexión y mintiendo a las niñas dándoles a entender, falsamente, que no hay otras alternativas» (Arauz de Robles, 2022). En estos días, nuestro código legislativo quiere introducir con embudo, una nueva Ley del Aborto que, bajo la excusa del derecho a decidir sobre el propio cuerpo, refleja una obsesión compulsiva por que las mujeres aborten. Lo que de verdad debe importar es si resulta lícito o no consagrar la

liquidación de un embrión humano como derecho inviolable de la mujer, hasta el punto de otorgar esa potestad indiscriminada de abortar, de matar una vida, de un modo completamente impune a menores, sin saberlo aquellas personas que les pueden ayudar, p.ej. quienes pueden negarles ir de excursión o el acceso a una cerveza en aras de proteger su salud. Quienes nos gobiernan ‘del diálogo’, ‘la transparencia’, ‘tolerante’ y demás consignas falsarias, no quieren debates susceptibles de desmontar sus dogmas sagrados. Prefiere imponerlos a golpe de decreto.

Obliga a que todos los centros sanitarios públicos con servicio de obstetricia y ginecología cuenten con profesionales que practiquen el aborto, eliminando incluso los prudentes tres días de reflexión de la gestante antes de tomar una decisión que no tiene marcha atrás, y, tratándose de una menor, del consejo y amparo de sus padres. Un argumento curioso si tenemos en cuenta que el mismo ministerio de Igualdad sí que contempla un periodo de reflexión en otra de sus medidas estrella, la ley trans: si uno quiere cambiar su sexo en el registro, ha de pensarlo durante hasta tres meses.

Tampoco se entiende que el Código Penal español castigue con una pena de prisión hasta de un año para quienes se concentren a las puertas de las clínicas abortivas o acosen al personal sanitario que interviene en los abortos, mediante “actos molestos, ofensivos, intimidatorios o coactivos que menoscaben su libertad”, entre los que se incluye a quienes pacíficamente expresan su rechazo a la destrucción de una vida incipiente, rezando por el niño indefenso y por su madre, a la vez que se abandona a ésta cuando más necesita ayuda y apoyo... como ocurre en el conocido síndrome postaborto. Y se les trata como si fueran delincuentes, cuando lo que realmente ofrecen a las embarazadas, ante el drama que supone el aborto, no es otra cosa que un apoyo emocional, laboral, educativo, médico y económico, información sobre toda una panoplia de posibles ayudas que les beneficien para que elijan libremente, así como periodos de reflexión antes de tomar su decisión, mostrando ecografías a las mujeres que estén considerando un aborto. Además, se les deja claro que deben guiarse de la conciencia, que les hace distinguir entre el bien y el mal, y que, si es malo robar, aún peor es matar... y más a un bebé indefenso. ¡La ley natural y el derecho a la vida están en preeminencia con respecto a las leyes humanas! El que una ley como ésta sea conforme a derecho no significa que sea moralmente aceptable. No se puede obligar a un médico a actuar

contra su conciencia, máxime cuando es un derecho elemental reconocido en nuestra Constitución y en la Carta Europea de Derechos Fundamentales. Mientras la persona sea un valor absoluto, la conciencia no es regulable. ¡Hay que respetar la objeción de conciencia!

Una última consideración que refleja una masculinidad tóxica, creando una misandria contra el hombre, tiene sus raíces en la revolución sexual de Mayo del 68 del pasado siglo, que entendió como liberación, lo que en realidad fue un punto de inflexión sobre la masculinidad, con una manifestación de progreso ligada al feminismo, que no es sino el simple descarte de una vida humana, aceptado como derecho individual a partir de dogmas superados por la ciencia y contrarios a la ética, sin considerar que dicha decisión sacrifica por el camino la vida de los más inocentes y la propia dignidad humana. Más aún, refleja la tan actual teoría de género, que pretende rediseñar al hombre, en una evolución hacia la actual cultura *wake*, que da el poder de parentalidad a la mujer -es la única que decide si abortar o no-, pues si es verdad que efectivamente el hablar de “¡el cuerpo es nuestro!” se trata del de la mujer, no lo es menos que el bebé que tiene en sus extrañas no es una verruga o «una tumoración uterina» parte de su cuerpo, sino una criatura humana con un porvenir esperanzador que –teniendo una individualidad genética perfectamente establecida que preside su vida propia–, ha sido instalada voluntariamente, aunque sea a veces de modo irresponsable, en la matriz por la conjunción de la unión de dos células, una de su padre y otra de su madre, y posee destino, siempre que se le deje. De ahí que, lejos de ser exclusivo de ella, también es del padre y, consecuentemente, éste también debería ser parte de tan grave decisión, aunque, como ocurre irremisiblemente en todo proceso biológico animal, incluida la especie, sea la madre, la primera responsable de su existencia, de su desarrollo y de su maduración.

Como explicaba el genetista francés Jerome Lejeune, descubridor de la trisomía del 21, a quien tuve el placer de conocer hace ya 60 años, a los 15 días de retraso de la regla de una mujer el embrión mide 4 milímetros y medio, lleva una semana con un corazón que late y tiene esbozados sus brazos, piernas, cabeza y cerebro. Al mes y medio, mirándolo con mucho aumento, un detective distinguiría en el pulpejo de sus dedos la matriz de las huellas dactilares, y durante un período de nueve meses irá desarrollándose dentro de su madre: bizquea y cierra los puños, frunce las cejas, aprieta los labios, sonrío y abre la boca, y toma un trago de líquido

amniótico, se chupa un dedo... Cuando nazca, seguirá dependiendo de los cuidados de ambos padres, y demandando su protección.

El Colegio Americano de Pediatría (2021), tras estudiar la cronobiología del dolor, señala que es poco ético dañar intencionadamente a un ser humano en gestación pues evidencias clínica y de laboratorio establecen científicamente que desde la semana número doce, la exposición a estímulos nocivos afecta negativamente a los seres humanos inmaduros. Concluye además que evitar, mitigar y tratar directamente el dolor fetal neonatal y pediátrico es una obligación médica y ética de cualquier profesional.

Recientes estudios del dolor fetal indican que, aunque el dolor solo se desarrolla una vez nacido, a las pocas semanas el feto va disponiendo de las estructuras nerviosas necesarias para percibir o sentir, transmitir y procesar, modular y controlar ese dolor, por lo que el dolor que es capaz de soportar y sufrir un feto es terriblemente intenso, y esto nadie se lo explica a la madre cuando se realiza un aborto.

¡Y pensar que los mismos que legislan leyes humanóforas, que quieren acabar con la vida de un bebé que se está gestando y tiene un futuro prometedor, animando a una joven a acudir a una clínica abortista pública para 'quitarse' el hijo que está esperando, usando tus impuestos y, a la vez, no permiten acercarse a las clínicas abortistas para ofrecer una oración, son los mismos que legislan leyes mascotistas, sacralizando la vida de especies animales protegidas, entristeciéndose ante la tragedia de ver muerta una cría de lince en una carretera, o imponiendo multas de 100.000 € y un año de prisión por destruir, por ejemplo, un huevo de águila!

En estos días en que nos escandalizamos -con razón- de las reiteradas matanzas en escuelas americanas dado el, al menos para nosotros europeos, incomprensible fácil acceso de jóvenes a las armas, no puedo menos que preguntarme qué ha causado más muertes humanas: ¿esas matanzas por armas mal usadas o el lobby del aborto?

El aborto hoy es la esclavitud del siglo XXI. De la misma manera que la esclavitud fue un lastre que al final se venció, ¡el aborto se vencerá!

MATERNIDAD SUBROGADA

Ante el tema de la maternidad subrogada, he de confesar que me siento muy incómodo, y no puedo menos que recordar ese célebre “algo huele mal en Dinamarca”, del que habla el príncipe Hamlet, en el drama de Shakespeare.

Aunque nunca seré madre, puedo intuir algunos rasgos de la maternidad por mi estricta y forzosa condición de hijo. Como cualquier otro nacido, he tenido que asumir una deuda de saldo imposible con quien durante meses supo custodiar aquello que yo todavía no era. Y esa será, en parte, la marca que diferencia a las madres de los padres. Pues es con ellas con quienes siempre tendremos el signo de nuestra unión marcado en el ombligo. Y es con ellas con quienes la deuda biológica se resuelve en clave macroscópica y tangible.

Así lo asumirán también los que nazcan de esas ucranianas a quienes les hemos reducido el cuerpo a una simple materia de contrato. Miserias de la moral tecnicada que insiste en contradecir a Kant: sonaba razonable aquello de que a la humanidad deberíamos tratarla siempre como un fin y nunca como un medio. Porque madre es quien pone el cuerpo antes de que tú existas, adoptándote, y criándote. Pues allí están, cubriendo con su piel y con su cuerpo, con su calor y con su sangre, tantas mujeres que protegen en su seno a unos niños que la técnica y la pobreza han convertido en negocio.

Merece la pena reflexionar acerca de ese egoísmo estructural que nos lleva a pensar que cualquier deseo puede legislarse. Y tendremos que responder a cambio de qué maldita satisfacción decidimos convertir la maternidad genética en un provecho. Es la falta y el delito de una racionalidad técnica la que nos hace cada vez más capaces, pero, al mismo tiempo y cada día, quizás un poco menos dignos. De los muchos males que nos trae la guerra, en su crisol de crueldades, no deja de inquietarme la voracidad distante de quienes exigen el rescate de aquellas mujeres reducidas a gestantes, porque definir a una mujer por una función continente es tanto como convertir su humanidad en un servicio. A favor, siempre y por supuesto, del que más puede o más tiene (Garrocho, 2022).

En los países occidentales está permitida la maternidad subrogada siempre que no medie precio o contraprestación, fingiendo defender los derechos hu-

manos; de facto, sin embargo, no existe un derecho a ser padre/madre. En realidad, compramos la capacidad biológica por dinero a personas desesperadas, colando prácticas de explotación femenina de mujeres vulnerables y de desarraigo biológico de niños, y dando cobertura legal tanto a empresas que viven de la intermediación de contratos de gestación por sustitución como al reconocimiento de la filiación de las criaturas traídas por sus “padres” comprometidos. Apelando al “superior interés del menor” se acaba concediendo la filiación por adopción a los niños, una vez determinada la paternidad biológica del donante del material genético.

Uno de los primeros reportajes periodísticos que se hicieron cuando Rusia invadió Ucrania tenía como objeto a parejas preocupadas por el futuro de los bebés que estaban siendo gestados por mujeres ucranias, pues, en realidad, quienes prestan su cuerpo y su salud para dar vida pertenecen a países pobres (son pocas las gestaciones que se producen en los países desarrollados). Los protagonistas de la noticia mostraban su consternación por no poder viajar a por unos bebés que consideraban suyos en virtud de los contratos que habían firmado, mostrándose muy conmovidas: sufrimos y tememos por las gestantes que co-engendran a nuestros hijos y por sus familias, mezclando “derechos humanos”, “gestación subrogada” y “co-engendrar”. Pese a que un cordón umbilical alimentaba y oxigenaba a fetos en el interior de decenas de jóvenes ucranias, para quienes decidieron firmar con ellas un contrato de “vientre de alquiler”, esas mujeres ni eran madres ni tenían derecho alguno sobre sus bebés. Es vergonzoso, pero los contratos de subrogación tratan a los vientres de alquiler y a sus bebés “como una mercancía o como un bien mueble”.

Los activistas por el derecho al aborto y los defensores de la subrogación para contrarrestar esa preocupación utilizan a menudo el estribillo: “mi cuerpo, mi elección”. ¿Por qué quienes luchan tanto para permitir que las mujeres elijan no tener un bebé, a la vez asumen que algunas no están preparadas para decidir convertirse en madres de alquiler? Los niños que ahora nacen son de mujeres del Este..., aunque también se ve mucha mujer árabe, y suelen llegar de Ucrania, a las que se quiere ‘maquinizar’, aprovechando que allí la maternidad subrogada, al ser legal, se ha convertido en un mercado muy lucrativo.

Durante miles de años, la gente tenía poco poder sobre cuándo tener hijos. En el siglo XX, a medida que cambiaban las costumbres sociales y avanzaba la cien-

cia, cuando tener hijos sí se convirtió en una opción, una mujer puede congelar sus óvulos como la solución del mercado a la combinación de presiones sociales (a diferencia de las médicas, biológicas y económicas) que dificultan que las mujeres conciban cuando finalmente creen que están listas para intentarlo. Las grandes empresas pagan a sus empleados para que les congelen los óvulos (ya sea en reconocimiento solidario de los sacrificios que estaban haciendo, o en cínico intento de mantener a las mujeres encadenadas a sus escritorios, dependiendo de su perspectiva), preservados en nitrógeno líquido. Dos huevos charlan entre ellos, en unos dibujos animados rosas con mucho maquillaje de ojos: “no deberías tener que conformarte con el hombre equivocado solo para formar una familia”, le dice una a su amiga. En otra escena, un huevo descansa en una hamaca, reflexionando: “si congelas tus óvulos, todas tus preocupaciones sobre la fertilidad se acabarán... fácil”. Los óvulos en conserva son un pedacito de protección contra un futuro sin hijos, pero no mucho más que eso: “Es como tener una póliza de seguro de mierda”. La idea se ha hecho cada vez más atractiva.

Incongruencia: quienes fomentan el aborto en nuestro país a la vez van de peregrinaje a Ucrania, en búsqueda de cuerpos de alquiler. No parecen darse cuenta que el rescate de aquellas mujeres reducidas a gestantes subrogadas entraña inaceptables daños al interés superior del menor y a la explotación de la mujer que son, pues tanto la mujer gestante como el bebé gestado no son personas dotadas de la dignidad propia de su condición de seres humanos y de los derechos fundamentales inherentes a esa dignidad, sino que son tratados «como mero objeto».

En este mismo año, el Tribunal Supremo vuelve a insistir que la maternidad subrogada es ilegal, que no cabe la filiación por posesión de estado —atribución de la filiación por costumbre o uso continuado, esto es lo más novedoso de la sentencia en realidad—, condenando a las agencias que intermedian en la gestación por sustitución, pues basan su negocio en la vulnerabilidad de las madres y en “cosificar” tanto a los menores como a las mujeres gestantes. En concreto, dice que “tanto la madre gestante como el niño a gestar son tratados como meros objetos, no como personas dotadas de la dignidad propia de su condición de seres humanos y de los derechos fundamentales inherentes a esa dignidad”. Efectivamente, la madre gestante firma un contrato

que le obliga desde el principio a entregar al niño que va a gestar y renunciar antes del parto, incluso antes de la concepción, a cualquier derecho derivado de su maternidad, tales como su derecho a la intimidad y confidencialidad médica. Por contrato se impone a la gestante unas limitaciones de su autonomía personal y de su integridad física y moral incompatibles con la dignidad humana, pues atentan contra los derechos del niño y de la madre, regulando cuestiones como someterse a tratamientos médicos que ponen en riesgo su salud, la interrupción del embarazo o la reducción embrionaria, cómo será el parto, qué puede comer o beber, el sometimiento a pruebas al azar sin aviso previo de detección de drogas, alcohol o tabaco..., se les restringe la libertad de movimiento y de residencia, e incluso se atribuye a los futuros “padres co-engendrantes” la decisión sobre si la madre gestante debía seguir o no con vida en caso de que sufriera muerte cerebral.

Finalmente, se atribuye a la madre no biológica, quien ha pagado por dicho contrato, la decisión sobre si la madre gestante debe seguir o no. Por ejemplo, si un hombre que ha pagado para tener tres embriones, creados a partir de su esperma y el óvulo de un donante anónimo, informa que se ha quedado sin dinero, puede exigir que se aborte al menos uno, quiera o no quiera su madre gestante, que es una mera portadora, sin derecho sobre su propio cuerpo, para quienes no vale el estribillo “Mi cuerpo, Mi elección” que con tanta ligereza repiten quienes defienden los defensores de la subrogación.

Y, por otra parte, al niño gestado se le priva del derecho a conocer sus orígenes, siendo tratado como un objeto de cambio, se «cosifica». La satisfacción del interés superior del menor en este caso conduce a que el reconocimiento de la relación de filiación a la madre no biológica deba obtenerse por la vía de la adopción.

Tras todo lo anterior, comprenderá el lector que “algo huele mal en Dinamarca”.

En resumen, como psicobiólogo que soy, me permito exigir que, lejos de hacer experimentos, dejemos actuar a la madre naturaleza:

¡que el cuerpo humano siga su propia fisiología, sin intervención ajena!

Referencias bibliográficas

- Arauz de Robles, S. (2022). La vida, ABC, 9 Jun 2022
- Garrocho, D.S. (2022). Los embarazos de Ucrania, ABC, 21 Mar 2022
- Marías, J. (1997). Sobre el cristianismo, Planeta, Madrid 1997
- Peralta, L. (2021). Argumentos a favor y en contra del “vientre de alquiler”, ABC, 12 Nov. 2021
- Ruiz Guevara, P. (2022). Grandes retos del futuro, Muy Interesante, 3-2022
- Vilar González, S. D.S. (2014). Situación actual de la gestación por sustitución, Revista de Derecho UNED, 2014

SUICIDIO Y CONDUCTAS ADICTIVAS

Miguel Bettin.

Presidente del IEPSIV y Director del Centro Iberoamericano CICA para Investigación y Formación.

Correspondencia: migbettin@yahoo.com

Resumen

El suicidio es uno de los mayores problemas sociales y de salud pública en el mundo. Más de 800 mil personas se suicidaban al año, esto es; una persona cada 40 segundos. Las cifras de muertes por suicidio siguen siendo superiores a las muertes producidas por las guerras y los homicidios. No obstante estas cifras suelen ser inferiores a la realidad debido a que por diferentes razones se reportan menos suicidios de los que realmente suceden. Se ha establecido que el consumo abusivo y adictivo de drogas y alcohol y en general las conductas adictivas, incluyendo las adicciones comportamentales, se asocian al suicidio. En la investigación a la que se hace referencia se encontró que en la muestra de personas con historia de padecimientos adictivos, el 85.6% de las personas presentaban ideaciones suicidas, el 96.6% de las mujeres y el 82.5% de los hombres, y el 29.9% de las personas de la muestra habían intentado suicidarse por lo menos una vez utilizando como métodos principales el desangramiento por corte, el envenenamiento y lanzamiento de altura.

Palabras clave:

Suicidio, Conducta suicida, Ideación suicida, Intento de suicidio, Adicción, Drogadicción, Alcoholismo.

Introducción

La OMS definió el suicidio como un acto autolesivo con consecuencia letal, deliberadamente iniciado y realizado por la persona, esperando ese resultado, y pretendiendo con ello obtener el cambio que desea, esencialmente detener el sufrimiento. El parasuicidio es por el contrario una acción de autolesión sin fatalidad.

El suicidio es uno de los mayores problemas sociales y de salud pública en el mundo. Ya antes de la pandemia de la COVID19, más de 800 mil personas se suicidaban al año, esto es; una persona cada 40 segundos.

Las cifras de muertes por suicidio siguen siendo superiores a las muertes producidas por las guerras y los homicidios.

Las cifras de muertes por suicidio no obstante la magnitud conocida, suelen estar infradimensionadas debido por una parte al carácter ilegal que tiene el mismo en algunos países, de otra parte a que muchas familias por la vergüenza y los sentimientos de culpa que se les generan, prefieren ocultarlo y reportarlo como una muerte accidental, y finalmente porque el suicidio sigue siendo un tema tabú que se aborda en los círculos médico-científicos pero no en otros espacios de la sociedad, en los cuales sería muy importante tratarlo, y en los que se hace referencia apenas tangencialmente.

Suicidio en la Historia

Para Aristóteles el suicidio era un acto condenable, en esencia porque afectaba a la ciudad, aunque para él y para Platón había algunas excepciones. Para los griegos en general era un delito contra el estado y como castigo se mutilaba el cadáver y deshonoraba la familia del suicida. El suicidio era permitido solo si era ordenado por el estado o por los dioses, o porque se debía a un dolor no curable, o por una vergüenza insoportable. (Vicente Ochoa, 2007).

El suicidio para los esclavos en el imperio romano estaba prohibido, mientras que en intelectuales y políticos, era valorado como honorable.

Los Mayas veneraron a una diosa del suicidio (Ixtab), en ellos el suicidio se practicaba por honor.

En la China también era considerado un acto de honor.

En los Vikingos, Nórdicos e Hispanos, el suicidio era admitido y se le consideraba un acto adecuado cuando se debía a una enfermedad dolorosa o por vejez.

Para el cristianismo el suicidio fue y sigue siendo considerado opuesto a sus principios.

En la edad media el suicidio fue considerado tabú.

Hasta Durkheim (1897), el suicidio empieza a ser entendido a partir de las in-

fluencias que para el mismo tiene la sociedad, y en consecuencia lo descarga de las concepciones morales.

Durkheim (1989) definió el suicidio como “la muerte causada directa o indirectamente por omisión o acción del propio sujeto, realizada conscientemente.

Es suicidio ha sido y sigue siendo entendido desde los distintas corrientes filosóficas, religiosas y políticas, de forma distintas e incluso contrarias. Hoy en día sigue siendo ilegal en muchos países.

La conducta suicida

El suicidio es por lo general la culminación de una cadena de conductas que van acrecentándose hasta llegar a ese evento. Comúnmente inicia con un sentimiento de malestar con la vida y sufrimiento y dolor psíquico con la propia existencia, a lo cual le siguen ideas referidas a la inutilidad e insatisfacción de vivir. De forma simultánea o posterior a esas ideas, surgen deseos y planes para ponerle fin a ese sufrimiento. Esos pensamientos en muchas personas los llevan a realizar intentos de suicidio. Generalmente las personas que se suicidan, lo han intentado una o varias veces antes.

Como base de una conducta suicida hay un dolor emocional profundo, caracterizado en términos generales por sentimientos de soledad y de tristeza que suelen ir acompañados de ansiedad y sentimientos de minusvalía e inadecuación. Las personas con ideación suicida también se sienten faltas de energía, con poca disposición para llevar a cabo actividades y dejan de sentir placer con lo que antes sentían.

Según Echeburúa (2015), los desencadenantes del suicidio en jóvenes suelen ser por una parte de tipo clínico, referidos a la existencia de un cuadro depresivo o a un brote de tipo psicótico, o al consumo abusivo de alcohol y/o drogas. En segundo lugar a aspectos de tipo ambiental, concernientes a una dinámica familiar disfuncional, a una frustración afectiva, a dificultades en la identidad sexual, a fracasos escolares y a acosos en el colegio o en la comunidad, y por último a factores de índole psicológica, como son algunos rasgos de personalidad, impulsividad, baja autoestima, inestabilidad emocional, o dependencia emocional extrema.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-5), la conducta suicida per se no se configura en diagnóstico, sino como un síntoma de un trastorno mental, por lo cual se hace evidente que deban revisarse otras manifestaciones sintomáticas asociadas a este malestar emocional y psíquico en general. En el mismo sentido es considerada en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Las ideaciones suicidas comprenden los pensamientos que evidencian la intención o el deseo de morir, las imaginaciones y fantasías referidas a la realización de actos que pongan fin a la propia existencia.

El plan suicida comprende la definición por parte de la persona que tiene pensamientos suicidas, de los pasos para hacerlo, del modo, tiempo y lugar para llevar a cabo el acto suicida. La existencia de un plan suicida es concluyente acerca de una mayor posibilidad de que se lleve a cabo un intento de suicidio y de que se consume el suicidio.

El suicidio es la muerte autoinfligida de manera intencional a través de cualquier forma o método, por lo general por lanzamiento al vacío o a un vehículo, por ahorcamiento, por herida con un arma de fuego o con un arma cortopunzante, por intoxicación o envenenamiento con alcohol u otras drogas o con otras sustancias químicas tóxicas. Las investigaciones han encontrado que aproximadamente el 90% de las personas que fallecen por suicidio tienen depresión u otros trastornos mentales, trastornos de abuso de sustancias o una combinación de ambos (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017).

Datos empíricos identifican que los factores asociados a las conductas suicidas son el consumo de SPA, pobre situación económica familiar, síntomas depresivos, calidad del sueño, ansiedad, impulsividad, inicio temprano de consumo, padres divorciados, abuso sexual, entre otros (OMS, 2018).

La OMS (2021), refiere que los jóvenes son la población que más presenta vulnerabilidad frente a la conducta de suicidio.

Para Urrá (2019), muchos autores coinciden en considerar que la patología familiar de los niños que trataron de suicidarse es del 60%. Estas familias están

perturbadas de forma evidente. Existe en esos niños una relación directa entre depresión y suicidio. Los niños a veces piensan que la muerte es un fenómeno reversible

Según datos de la OMS (2021), el suicidio es la segunda causa de muerte de jóvenes de entre 15 y 29 años en todo el mundo en el año, después de los accidentes de tránsito.

Más del 79% de los suicidios en todo el mundo tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos. La OMS señala que la frecuencia de los intentos de suicidio es 20 veces superior a los hechos de suicidio consumado.

Por lo general las tasas más altas de suicidio en hombres se dan en los países de ingreso alto (16.5 por 100.000 habitantes), y las tasas más altas de suicidio femenino se registran en los países de ingreso mediano-bajo (7.1 por 100.000 habitantes).

Hoy día sabemos que 8 de cada 10 personas que se quitan la vida (suicidan), han dado una señal (con su comportamiento, verbalmente, por escrito, a amigos, familiares, profesores u otras personas cercanas) que es indicativa de la posibilidad de intentar suicidarse.

Las personas que intentan suicidarse, antes de hacerlo pasan por períodos en los que están indecisas al respecto.

Por lo general los intentos de suicidio se llevan a cabo dentro de los 3 meses posteriores al período de mejoría inicial de la depresión o del intento de suicidio, dado que la persona se siente con energía y disposición para llevar a cabo el plan.

La OMS ha desarrollado la estrategia VIVIR LA VIDA, con el fin de impulsar la prevención del suicidio en el mundo. La estrategia se centra en 4 estrategias:

- Limitar el acceso a los medios de suicidio, como plaguicidas muy peligrosos y armas de fuego.
- Formar a los medios de comunicación para que difundan de forma responsable noticias sobre suicidios.

- Fomentar entre los adolescentes las competencias socioemocionales para la vida.
- Detectar tempranamente, evaluar, gestionar y hacer seguimiento de las personas con pensamientos y comportamientos suicidas.

Suicidio en América

Según la Oficina Regional de las Américas de la OMS, el suicidio es un problema global que obviamente también sucede en países en vías de desarrollo. En América se calcula que por año un poco más de 100.000 personas se suicidan.

Según la OMS las tasas de suicidio en las Regiones de África son de 11.2 por 100.000 habitantes, Europa de 10.5 por 100.000 habitantes, y Asia Sudoriental de 10.2 por 100.000 habitantes. La tasa más baja de suicidio es la de la región mediterránea oriental, de 6.4 por 100.000 habitantes. Las tasas de suicidio a nivel mundial se redujeron en un 36%, entre los años 2.000 y 2.019, por el contrario en ese mismo período en América las tasas se incrementaron en un 17% .

Los países de América con una mayor cantidad de muertes por suicidios al año son en su orden: Estados Unidos, Brasil, México, Canadá, Argentina, Colombia, Chile, Cuba, Perú y Bolivia. En América del Norte ocurren el 56.1% de las muertes por suicidio de la región.

En América el 36% de los suicidios se dan en personas cuyas edades están comprendidas en el rango entre los 25 y 44 años. El 26% de los mismos se dan en personas de edades entre los 45 y 59 años.

En América aproximadamente el 79% de los suicidios los llevan a cabo hombres. El suicidio en hombres es más de tres veces que el de mujeres.

En la región de las Américas, el suicidio es la tercera causa de muerte en los jóvenes entre los 20 y los 24 años. La intoxicación con alcohol y otras drogas, la asfixia, los envenenamientos con sustancias químicas tóxicas y el uso de armas de fuego, representan el 91% de los métodos usados para provocarse la muerte por suicidio en las Américas.

Suicidio en Colombia

En los estudios realizados en Colombia por Cañón (2021), se encontró relación entre las conductas autolesivas y el consumo de sustancias psicoactivas. De otra parte se determinó que quienes padecían depresión se autolesionaban en un 38.36%, mientras que los que no presentaban depresión se lesionaban en un 4.71%. La autolesión más frecuente que se identificó fue el auto corte. Se encontró relación entre conductas autolesivas, depresión y consumo de sustancias psicoactivas.

Aproximadamente el 90% de las personas que fallecen por suicidio tienen depresión u otros trastornos mentales, trastornos de abuso de sustancias o una combinación de ambos (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017). Los fármacos que más se usan en los intentos de suicidio han sido analgésicos.

Datos empíricos identifican que los factores asociados a las conductas suicidas son el consumo de SPA, situación económica familiar, antecedentes educativos de los padres, síntomas depresivos, calidad del sueño, ansiedad, impulsividad, inicio temprano de consumo, padres divorciados, abuso sexual, y entre otros (OMS, 2018).

En Colombia, se han encontrado que dentro de los factores riesgo asociados al suicidio, los siguientes: ser mayor de quince años, ser de sexo masculino, vivir en área rural, en los nuevos departamentos, en la zona oriental, central o pacífica, para el caso de la población adolescente, se ha identificado como factor riesgo: tener depresión, antecedentes familiares, divorcio de los padres, tener una madre con ansiedad, tener un padre con problemas de consumo de sustancias psicoactivas, o alguno de ellos con trastorno mental incluyendo trastorno de la personalidad.

La OMS, considera que en la población mayor de 15 años, la prevalencia de las tentativas se señala de un 3% al 5 %; de ahí que en el grupo de edad de 15-34 años, se ha identificado el mayor número de intentos de suicidio” (Ministerio de salud y protección social de 2018).

Dentro de las posibles causas de la conducta suicida están: los conflictos de pareja o expareja (41.1%), los problemas económicos (11.5%), problemas es-

colares (6.2%) y el maltrato físico, psicológico o sexual (5.8%); se debe tener en cuenta que dentro de los trastornos psiquiátricos más relacionados con el intento de suicidio: está el trastorno depresivo, otros trastornos psiquiátricos y el abuso de SPA (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Se encontró relación entre conductas autolesivas, depresión y consumo de sustancias psicoactivas.

Suicidio e ideación suicida en personas con trastornos adictivos

Uno de los grupos poblacionales en todo el mundo, en el cual se presentan importantes cifras de intento de suicidio y de suicidios, es la población de personas con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (TUS).

Se calcula que por cada 100 intentos de suicidio en población adolescente se consuman 3 suicidios en el mundo. Muchos de esos intentos se asocian al consumo de sustancias psicoactivas.

Para Echeburúa (2015), los trastornos de tipo adictivo como el alcoholismo, la dependencia a la cocaína, a la marihuana, a los opioides, a las benzodiazepinas, entre otras sustancias tanto legales como ilegales, así como las adicciones comportamentales como la ludopatía, sobre todo en las fases avanzadas de esos trastornos y cuando se ha desarrollado una gran compulsividad, constituyen un alto factor de riesgo para la ideación suicida y el suicidio.

Más del 50% de las personas que se suicidan presentaban algún tipo de trastorno psiquiátrico, y la mitad de dichos trastornos es de tipo depresivo. Entre el 20 y el 25% de las personas que se suicidan abusaban del alcohol. En un estudio longitudinal, entre los 14 y 27 años se observó que el consumo de drogas ilícitas y alcohol incrementa en tres veces el riesgo de intentar suicidarse (Christoffer- sen, Poulsen & Nielsen, 2003). De igual manera, Rossow (1999), en otro estudio longitudinal de 25 años, observó que el abuso del alcohol incidía en el número de intentos de suicidio en hombres conscriptos, aunque no en los suicidios.

La muestra cuyos resultados en torno a la conducta suicida analizaremos a continuación, estuvo conformada por 139 personas, todos pacientes del Centro de Tratamiento de Adicciones CreSer en Bogotá Colombia.

Los pacientes de la muestra recibieron tratamiento durante los años 2020, 2021 y durante los primeros meses de 2022. Algunos recibieron tratamiento en modalidad residencial o de internado y posteriormente continuaron o continúan en la modalidad ambulatoria.

N	139
Mujeres	30
Hombres	109
Edad promedio	34 años
Edad mínima	14
Edad Máxima	69

22% de los cuales eran mujeres y el 78% hombres.

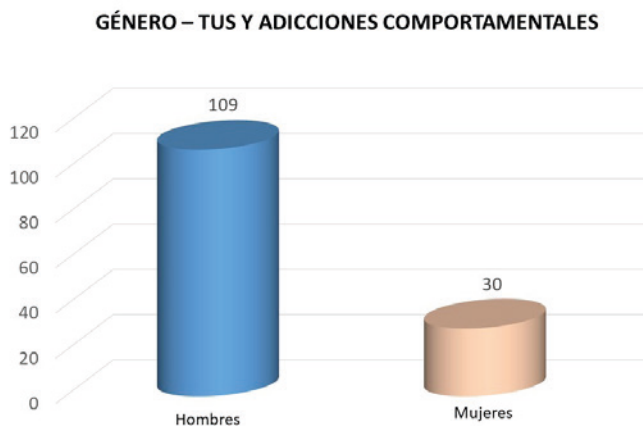


Figura 1. Género – TUS y adicciones comportamentales

128 de las personas de la muestra eran consumidoras y policonsumidoras abusivas y adictas al alcohol y/u otras drogas. Las 11 personas restantes presentaban adicciones comportamentales o adicciones sin sustancia.

Las sustancias consumidas por las personas con trastornos por consumo de sustancias eran: cocaína, bazuco, marihuana, alcohol, 2CB y opioides.

Del grupo de 139 pacientes escogidos al azar entre los pacientes que acuden a tratamiento ambulatorio o que reciben tratamiento en modalidad de internado en el Centro de Adicciones CreSer, 100 tenían un nivel de escolaridad superior al bachillerato y solo uno de ellos no era bachiller.

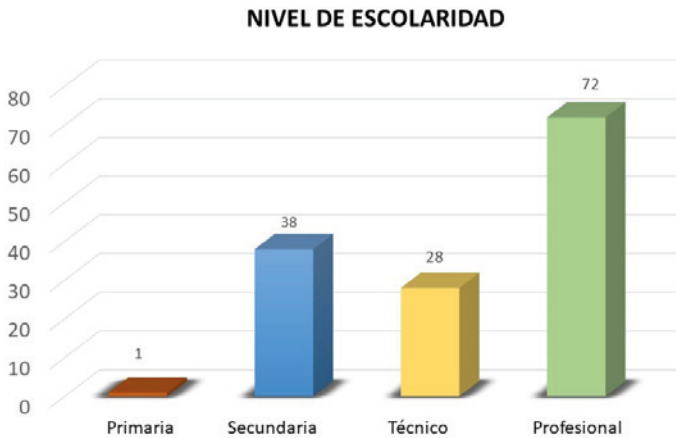


Figura 2. Nivel de escolaridad

SUSTANCIAS/ADICCIONES

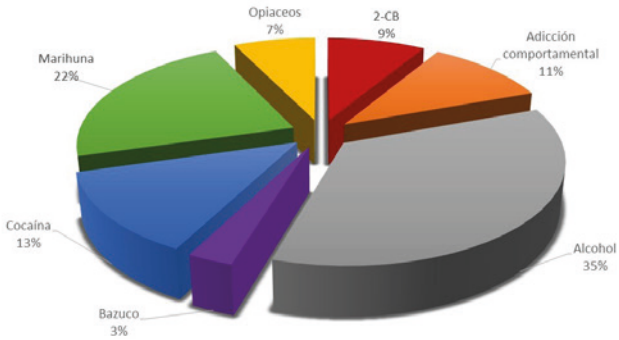


Figura 3. Sustancias/Adicciones

Del grupo de 139 pacientes analizados, el 28% de ellos presentaba sintomatología compatible con trastornos de ansiedad, y el 9% con trastornos depresivos.

PATOLOGÍA DUAL

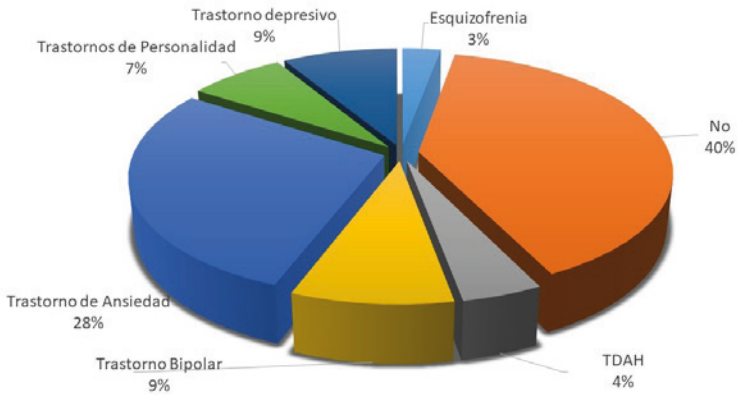


Figura 4. Patología dual

85.6% de las personas de la muestra presentaban ideaciones suicidas, el 96.6% de las mujeres y el 82.5% de los hombres.



Figura 5. Ideación suicida TUS

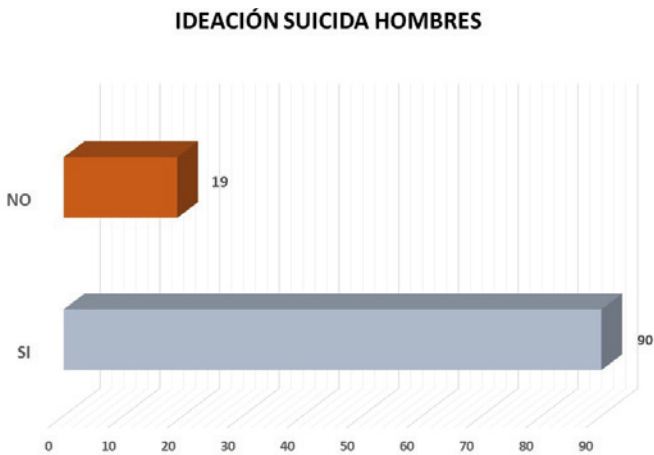


Figura 6. Ideación suicida hombres

IDEACIÓN SUICIDA MUJERES

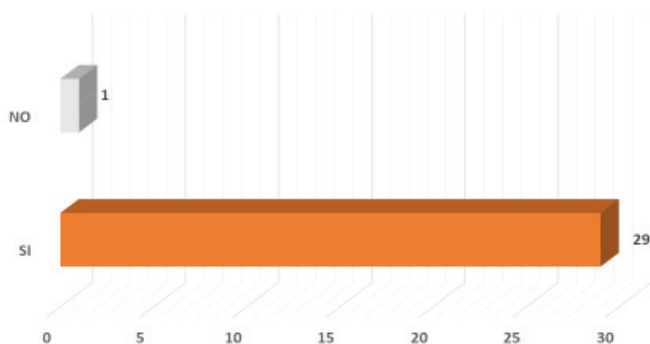


Figura 7. Ideación suicida mujeres

En hombres las formas de ideación suicida más sobresalientes fueron el lanzamiento a vehículo en movimiento, el lanzamiento de altura y el envenenamiento. En mujeres predominan el desangramiento por corte, el lanzamiento de altura, el lanzamiento a un vehículo en movimiento y el envenenamiento.

COMPARACIÓN IDEACIÓN HOMBRES VS MUJERES

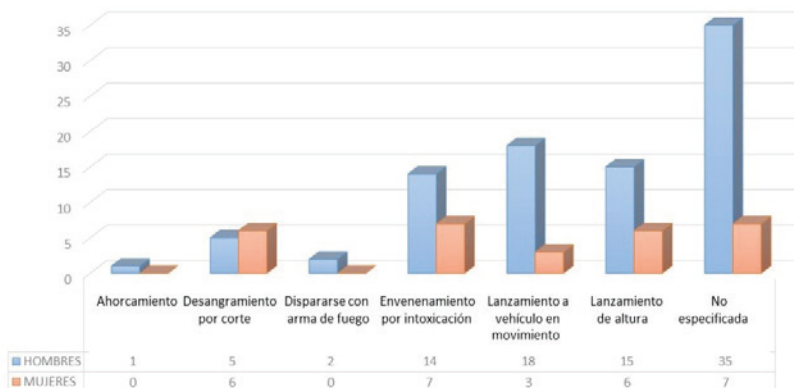


Figura 8. Ideación suicida hombres versus mujeres

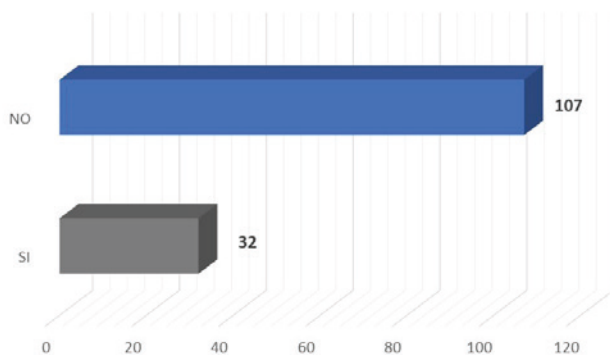
INTENTO DE SUICIDIO TUS

Figura 9. Intento de suicidio TUS

El 29.9% de las personas de la muestra habían intentado suicidarse por lo menos una vez.

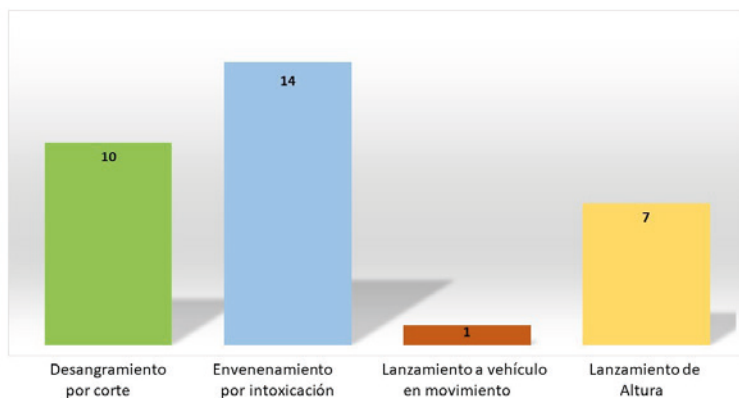
INTENTOS TUS

Figura 10. Intentos TUS

Las principales formas que habían utilizado para intentar suicidarse fueron desangramiento por corte, el 31.25%, envenenamiento por intoxicación, el 43.75 y lanzamiento de altura, el 21.8%. En mujeres los intentos fueron en un 50% por envenenamiento y en un 50% por desangramiento por corte. En hombres primaron el lanzamiento de altura y el envenenamiento por intoxicación.

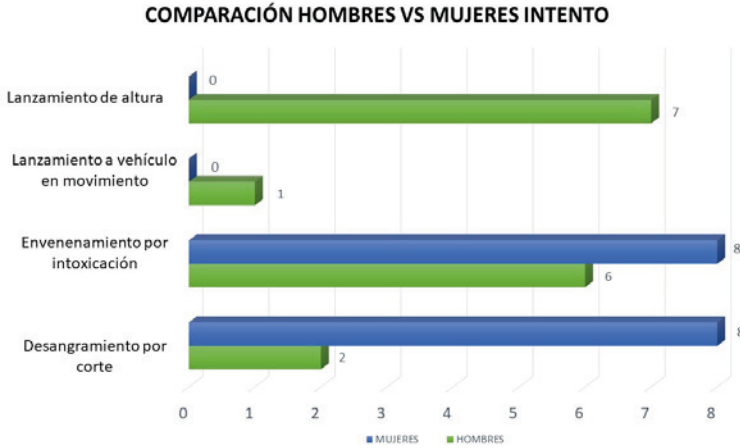


Figura 11. Comparación hombres versus mujeres intento

Referencias

- Ahrens B, Linden M: Conducta suicida: ¿síntoma o trastorno? *Psiquiatría integral*, 41 (Supl.1): 116-121, 2000.
- Arrieta, V.M y Polo K. K (2019). Consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y comportamiento suicida una revisión sistemática entre el 2015 y 2019. Universidad Cooperativa de Colombia.
- Barak Y, Mirecki I, Knobler HY, Natan Z, Ai-Zenberg D: Tendencia suicida y anti-psicóticos de segunda generación en pacientes con esquizofrenia: un estudio retrospectivo de casos y controles durante un período de 5 años. *Psicofarmacología*, 175(2):215-219, 2004.

- Beck AT, Weissman A, Lester D, Trecler L: La medida del pesimismo: la Escala de desesperanza. *J Consult Clin Psychol*, 42: 861-865, 1974.
- Boergers J, Spirito A, Donaldson D: Motivos de los intentos de suicidio en adolescentes: asociaciones con el funcionamiento psicológico. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* , 37 (12): 1287-1293, 2000.
- Borges G, Cherpitel CJ, Macdonald S, Gies-Brecht N, Stockwell T, Wilcox HC: un estudio cruzado de casos sobre el consumo agudo de alcohol y el intento de suicidio. *J Stud Alcohol*, 65 (6): 708-714, 2004.
- Borges G, Walters EE, Kessler RC: Asociaciones de uso, abuso y dependencia de sustancias con comportamiento suicida posterior. *Am J Epidemiol*, 151 (8): 781-789, 2000.
- Cabrera, D. (2021, 10 de septiembre). RCN Alertan por aumento de suicidios en Colombia en medio de la pandemia. Asociación Colombiana de Psiquiatría lanzó la campaña la 'última carta'. [comunicado de prensa]. <https://www.rcn-radio.com/salud/alertan-por-aumento-de-suicidios-en-colombia-en-medio-de-la-pandemia>
- Camacho, A., Gaviria, A., & Rodríguez, C. (2011). El consumo de droga en Colombia. En A. Gaviria & D. Mejía (Eds.), *Política antidrogas en Colombia: éxitos, fracasos y extravíos*. Bogotá DC.: Universidad de los Andes.
- Cañón, S., Castaño, J., Garzón, K., Orrego, M., Vásquez, J., Peña, D., y Ibachi, K. (2021). Frecuencia de conductas autolesivas y factores asociados en adolescentes escolarizados. *Arch Med (Manizales)*. 21 (2) :403-415. <https://doi.org/10.30554/archmed.21.2.4097.2021>
- Departamento administrativo nacional de Estadística [Dane] (2021). Nota estadística salud mental en Colombia: un análisis de los efectos de la pandemia. <https://ascofapsi.org.co/pdf/Noticias/Estad%C3%ADstica%20de%20Salud%20mental%20en%20Colombia-%20pandemia%202021%20.pdf>
- Departamento Nacional de Planeación [DNP] (2020). (CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL). Estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia. Bogotá, 14 de abril de 2020. <https://colaboracion.dnp.gov>.

co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3992.pdf

- Dougherty DM, Mathias CW, Marsh DM, Moeller FG, Swann AC: Comportamientos suicidas y abuso de drogas: impulsividad y su evaluación. Dependencia de drogas y alcohol, 76:S93-S105, 2004.
- Durkheim, E. El suicidio. Madrid: Akal.,1989
- Echeburúa, E. Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. Terapia Psicológica, Vol. 3. No. 2, págs. 117-126, 2015.
- Foster T: Temas de notas de suicidio y prevención del suicidio. Int J Psychiatry Med , 33(4):323-331, 2003.
- Franko DL, Keel PK, Dorer DJ, Blais MA y cols.: ¿Qué predice los intentos de suicidio en mujeres con trastornos alimentarios? Psychol Med , 34(5):843-853, 2004.
- Healy D, Whitaker C: Antidepresivos y suicidio: acertijos de riesgo-beneficio. J Psychiatry Neurosci , 28(5):331-337, 2003.
- Inskip HM, Harris EC, Barraclough B: Riesgo de por vida de suicidio por trastorno afectivo, alcoholismo y esquizofrenia. Br J Psychiatry , 172:35-37, 1998.
- Ibáñez, C., Cáceresa, J., Brucher, R., y Seijas, D. Trastornos del ánimo y trastornos por uso de sustancias: una comorbilidad compleja y frecuente. Revista Médica Clínica Las Condes, Volume 31, Issue 2, 2020, Pages 174-182. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.02.005>
- Jick H, Kaye JA, Jick SS: Los antidepresivos y el riesgo de conductas suicidas. JAMA, 292 (3): 338-343, 2004.
- Joiner TE, Brown JS, Wingate LR: La psicología y neurobiología del comportamiento suicida. Annu Rev Psychol, 56: 287-314, 2005.
- Khan A, Khan S, Kolts R, Brown WA: Tasas de suicidio en ensayos clínicos de ISRS, otros antidepresivos y placebo: análisis de informes de la FDA. Am J Psychiatry, 160 (4): 790-792, 2003.

- Koller G, Preuss UW, Bottlender M, Wenzel K, Soyka M: Impulsividad y agresión como predictores de intentos de suicidio en alcohólicos. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 252 (4): 155-160, 2002.
- Lapierre YD: Suicidio con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: ¿afirmación válida? *Rev Psychiatr Neurosci*, 28 (5): 340-347, 2003.
- Mann JJ: Neurobiología de la conducta suicida. *Nat Rev Neurosci*, 4 (10): 819-828, 2003.
- Maris OR: Suicidio. *Lancet*, 360: 319-326, 2002.
- Martínez-Medina MP. Debate sobre el uso de inhibidores selectivos de recaptura de serotonina en niños y adolescentes. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Información Clínica, 15 (6): 31-36, 2004.
- Ministerio de Salud y Protección Social Resolución 4886 de 2018. Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>
- Murphy GE, Wetzel RD, Robins E, McEvoy L: Múltiples factores de riesgo predicen el suicidio en el alcoholismo. *Arch Gen Psychiatry*, 49 (6): 459-463, 1992.
- Overmier JB: Sobre la Indefensión aprendida. *Int Physiol Behav Sci*, 37 (1): 4-8, 2002.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). Suicidio, nota descriptiva. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/> Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud [OPS]. Prevención de la conducta suicida. Washington.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). Suicidio. Recuperado el 17 de abril de 2022, de www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide
- Organización mundial de la salud [OMS] (2021). Una de cada 100 muertes es por suicidio. <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>
- Organización mundial de la salud [OMS] (2021). La OPS insta a priorizar la

prevención del suicidio tras 18 meses de pandemia por COVID-19. <https://www.paho.org/es/noticias/9-9-2021-ops-insta-priorizar-prevencion-suicidio-tras-18-meses-pandemia-por-covid-19>

- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2017). Depresión: hablemos”, dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad. Ginebra/Washington. Obtenido de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-illhealth&Itemid=1926&lang=es
- Roy A, Segal NL: Comportamiento suicida en gemelos: una réplica. J Affect Disord, 66 (1): 71-74, 2001.
- Roy A: Antecedentes familiares de suicidio. Arch Gen Psychiatry, 40: 971-974, 1983.
- Seligman ME: Impotencia en el desarrollo, la depresión y la muerte. Freeman and Company, Nueva York, 1975.
- Sharma V: antipsicóticos atípicos y suicidio en trastornos del estado de ánimo y de ansiedad. Trastorno bipolar, 5 (Supl. 2): 48-52, 2003.
- Skegg K: Autolesión. Lancet, 366 (9495): 1471-1483, 2005.
- Speckens AE, Hawton K: Resolución de problemas sociales en adolescentes con comportamiento suicida: una revisión sistemática. Suicide Life Threat Behav , 35 (4): 365-387, 2005.
- Statham DJ, Heath AC, Madden PAF, Bucholz KK y cols.: Comportamiento suicida: un estudio epidemiológico y genético. Psychol Med, 28: 839-855, 1998.
- Urra, J. La huella de la desesperanza. Estrategias de prevención y afrontamiento del suicidio. Madrid: Morata. 2019
- Van Heeringen K: La neurobiología del suicidio y las tendencias suicidas. Can J Psychiatry , 48 (5): 292-300, 2003.

SACAR LO MEJOR DEL ADOLESCENTE, PREVIENE EL SUICIDIO

Carmen Sabino, MgSc.

Universidad de los Andes – Venezuela.

Correspondencia: carmensabino@gmail.com

Resumen

Este trabajo tiene como propósito valorar las posibilidades de suicidio en los adolescentes e intuir posibilidades de prevención. ¿Se puede prevenir? Es la pregunta que nos hacemos. De ser así, ¿de qué manera? Para responderla, sirve de sustento, la reflexión de la experiencia de quien suscribe. A partir de la reflexión hermenéutica, y de una revisión documental sobre la cuestión. Una triple argumentación, empírica, epistemológica y educativa nos pone en perspectiva preventiva. Las conclusiones apuntan que, existen señales como un cambio brusco en el comportamiento; riesgos como la depresión, abandono, negligencia, desvalorización, abusos, ciertas estrategias de corrección incluido el castigo, ambientes poco seguros. También alcanzan implicaciones educativas y pedagógicas preventivas, brindar herramientas de valoración y sentido de la vida al adolescente para sacar lo mejor de sí fortaleciendo la autoestima, el autoconcepto y la autoimagen; la cultura de la vida. En síntesis, una visión integral en la pluridimensionalidad permite reconocer una puerta a la vulnerabilidad, ya que atentar contra un aspecto en particular, afecta al conjunto. Por supuesto, reconocer lo mejor en cada dimensión promueve la prevención. Por último, para un abordaje adecuado de este fenómeno multifactorial complejo, es fundamental la interdisciplinariedad centrada en la persona.

Palabras clave:

adolescentes, suicidio, educación, prevención.

Introducción

Premisa

Ante la multiplicidad y variedad de interrogantes sobre el suicidio, rara vez aparece la pregunta por la responsabilidad de quienes de algún modo estamos próximos a las víctimas. Por tanto, es válido y comprometedor dejarnos interpelar

directamente. Todavía más, cuando se trata de adolescentes. Entonces, ¿tenemos alguna responsabilidad en el suicidio de los adolescentes? ¿Qué implicaciones educativas ayudarían en la prevención de este fenómeno autodestructivo? Al mismo tiempo, tomar conciencia de esto, es un principio para buscar/seguir pistas de prevención. En lo que sigue, se irán construyendo las respuestas a estas preguntas, hasta llegar al horizonte de una propuesta preventiva, si bien constituye el esfuerzo por un aporte.

Un camino hacia la prevención del suicidio en adolescentes

Si aceptamos que la teoría de la supervivencia en relación con el ambiente, influye en la adaptación de un individuo y el despliegue de sus potencialidades, entonces, existen posibilidades de prevenir el suicidio. En lo que sigue, la comprensión humana pluridimensional en la integralidad subyacente, se convierte en un principio preventivo fundamental. Razón por la cual, poner a la persona al centro, reclama creer en sus potencialidades. En otras palabras, se trata de ir más allá de la fachada o de lo que a primera vista aparece, aunque esto sea la llave que abra la puerta para llegar hasta donde aquellas radican. Lo cual, se traduciría en leer su mirada, entrar en su corazón para escuchar los gritos silenciosos. Es decir, abrirse a la historia que está contando para ayudarlo a reconocer lo que le hace valioso y hacer brotar el tesoro que le habita. Y que tal vez, está enterrado por el peso de las heridas de su experiencia.

Considerando que, la carencia de algo es un impulso para buscar, encontrar, crear, inventar, descubrir, arriesgarse; un enfoque desde esta visión humana, nuestro compromiso es alcanzar el horizonte de la prevención. Así que, hacia allá nos dirigimos, desde una aproximación al acontecimiento autodestructivo, pasando por la comprensión del adolescente, los factores de riesgo, las probables señales hasta llegar a proponer factores de prevención y concluir, en un compromiso a favor de la vida, con la provocación de sacar lo mejor de sí.

Aproximación al acontecimiento autodestructivo

El siguiente ejemplo, sirve como puerta de entrada al asunto del suicidio en adolescentes. A este respecto, la película india “tres idiotas”, refleja una crítica bien desarrollada a la educación tradicional universitaria. Aunque, es aplicable a cualquier nivel de todo sistema educativo.

En concreto, hacer referencia a la escena, en la que la hija del anciano y vitalicio director de la universidad, increpa a su padre haciéndolo responsable de la muerte de su hermano. Pues, la presión del padre ingeniero director y su obsesión, porque todos los alumnos fueran ingenieros a su imagen y semejanza sin importar la vocación personal, incluido su hijo, tuvo un gran costo. La frustración y el suicidio. De igual manera, otro talentoso estudiante que desarrollaba un importante proyecto sobre un dispositivo, equivalente a lo que hoy, se conoce como dron, termina suicidándose. Se debe agregar, el fallido intento de otro estudiante por no alcanzar la medida del director ni dejarse sobornar. Conviene subrayar, además de otros aspectos, la condición humilde de algunos de los estudiantes y los sueños de sus padres.

En síntesis, en este contexto, la presión del empedernido director ingeniero provocó la autodestrucción de su hijo, quien quería ser escritor, de otro estudiante y el intento suicida de un tercero. En contraste, el protagonista, es un joven cuya mayor fortaleza es vivir y aprender disfrutando para vivir. La recomiendo porque tiene un gran mensaje, no sólo para docentes, sino para los padres de familia, así como para adultos que acompañamos el camino de los adolescentes y jóvenes.

Ante el suicidio de una persona, surgen las preguntas ¿qué le pasaría? ¿por qué lo hizo? ¿qué problema podía tener? Así como, juicios y comentarios “era buena persona, callada, tranquila...” No se entiende lo que puede pasar, qué podría haber llevado por dentro esa persona; despedirse en muchos casos con una nota”. ¿Se han percibido los mensajes previos? Es por esto que, se puede concluir con la siguiente hipótesis, la probabilidad de captar señales de lo que está por venir.

Estado actual del fenómeno

Para una visión aproximada de la magnitud de este fenómeno, los datos de la Organización Mundial de la Salud al 17 de junio de 2021, informan sobre su alcance cuantitativo. Al respecto, el Organismo afirma que anualmente se suicidan cerca de 700 000 personas, de esos el 77% ocurre en los países de bajos y medianos ingresos. Hay que mencionar, además, que por cada suicidio consumado hay muchos intentos, convirtiéndose éste en el factor individual de riesgo más importante (OMS, 2021). Es preciso mostrar que, a nivel general algunos de los métodos más comunes en estos eventos son: la ingesta de plaguicidas, el ahor-

camiento, el disparo con armas, el lanzamiento al vacío.

Habría que decir también que, las tasas de suicidio a nivel mundial, en los últimos 45 años han aumentado exponencialmente en un 60%. Conviene señalar que, en algunos países, es identificado como la tercera causa de muerte en personas de 15 a 44 años de edad y la segunda, en personas de 10 a 24 años. Esto, sin incluir cifras oficiales de los gobiernos. Hay que mencionar, los casos de intentos fallidos que no se incluyen como datos; de acuerdo, con otra fuente asociada a la Organización Mundial de la Salud (OMS), (Unicef, 2022).

En el caso de los adolescentes entre 15 y 19 años, el suicidio representa la cuarta causa de muerte, según la misma fuente. También considerado como un acto impulsivo.

Comprensión del fenómeno

Con el propósito de comprender el suicidio, es importante conocer su significado etimológico y algunas definiciones; para delimitar la postura en este planteamiento.

Es preciso mostrar que, etimológicamente, el término suicidio proviene del latín *sui*, que significa de sí, de sí mismo y del verbo *cecidit*, que indica abatir, exterminar, inmolarse, dar muerte. Se infiere que, el concepto etimológico del vocablo suicidio, expresa la acción de darse muerte a sí mismo.

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS), considera el suicidio como un problema de salud. En este sentido, lo define como un “acto deliberadamente iniciado y realizado por una persona en pleno conocimiento o expectativa de su desenlace fatal” (OMS, 2021). Por otra parte, la definición respecto a la propuesta de Romero (2005) y la consideración general sobre el acto suicida como acto enfermizo, lo enmarcan como un problema de salud mental con incidencia social.

Respecto al significado del suicidio aplicable, para entender el fenómeno a nivel de los adolescentes, se asume aquí como naturaleza del mismo el acto autodestructivo, con conocimiento del fatídico desenlace buscado. Para Romero (2005) la mayoría de los intentos de suicidio, son una forma dramática de pedir ayuda.

Razón por la cual considera al suicida una persona enferma mentalmente, por lo que podría pensarse que no es responsable y menos pecadora (pág. 121).

Aunque, aquí no se trata de un tratado extenso sobre el suicidio, estas consideraciones están al servicio de una posible comprensión. De ahí que, trazar una línea metodológica que, guíe algunos aspectos posibles para una propuesta preventiva del suicidio en adolescentes precisa de ellas.

Por otro lado, para quienes sostienen ante la decisión de autodestruirse la presencia de una conciencia y niegan un estado mental ausente de salud, la neurociencia, la psicología y la psiquiatría, reconocen el suicidio entre las enfermedades mentales. Más aún, cuando la única persona es víctima y victimaria. De manera que, llevar a debate una tendencia suicida en confrontación con el instinto de supervivencia natural, según la teoría de la evolución de la especie, constituiría una contribución social interesante.

Adolescencia: una perspectiva integral

El siguiente aspecto, es una consideración breve sobre la adolescencia como etapa evolutiva del ser humano, desde una perspectiva integral. Es necesario recalcar que, involucra la experiencia preinfantil e infantil. Es decir, la persona alcanza esta fase llevando las posibilidades potenciales a desarrollar armónicamente, como ser pluridimensional en su integralidad, en ambientes concretos.

Con la intención de orientar adecuadamente la propuesta perseguida, conviene asumir una definición la adolescencia. Por lo cual, una buena aproximación, la brinda la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Al respecto, para esta Organización, la adolescencia es “la fase de la vida que va de la niñez a la edad adulta, o sea desde los 10 hasta los 19 años. Representa una etapa singular del desarrollo humano y un momento importante para sentar las bases de una vida sana y saludable. Además, como ser integral en su pluridimensionalidad, la persona adolescente; experimenta el proceso dinámico de crecimiento, en el acelerado cambio físico, cognoscitivo y psicosocial. Por lo cual, aparte de la limitación etaria de la adolescencia, es importante una valoración adaptativa, funcional y decisiva del sujeto. En este sentido, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef, por sus siglas en inglés), señala:

“esencialmente es una etapa con valor y riqueza en sí misma, que brinda infinitas posibilidades para el aprendizaje y el desarrollo de fortalezas. Es una etapa desafiante, de muchos cambios e interrogantes para los adolescentes, pero también para sus padres y adultos cercanos (Unicef, 2022)

En relación con lo que se viene diciendo, sin embargo, este estadio evolutivo ha sido etiquetado y mitificado desde una perspectiva de carencia, de desorden emocional, de rebeldía, soslayando el proceso previo a esta etapa. Es de conocimiento general que, durante los primeros años de vida se consolidan las bases que aseguran el desarrollo futuro del individuo. Por ello, es importante considerar, el impacto de múltiples factores intervinientes, entre ellos la cultura, el entorno, la familia, la escuela, la iglesia y otras instancias socializadoras.

Avanzando en el planteamiento y a partir de tales consideraciones, se asume aquí el adolescente de las siguientes, características físicas, emocionales y cognitivas principales. Teniendo en cuenta, la pluridimensionalidad en la integridad, y por razones didácticas se permite esta distinción. No obstante, se sabe de la dificultad frecuente para ubicar determinado rasgo. Por ello, se debe apreciar la naturaleza de la etapa referida a la persona en su totalidad. Por supuesto que, al hacer memoria de la vivencia personal como adolescentes hay una mejor comprensión de este período.

Para empezar, el adolescente, comienza un camino de duelo en el sentido de desapego y de dejar cosas en una tensión que lo atrae a la infancia y lo empuja hacia la adultez. Así, por ejemplo, en determinado momento precisa de su juguete favorito como niño caprichoso, hasta el punto de llorar si le reclaman su comportamiento, acentuando la conducta infantil. De manera semejante, podría actuar con la responsabilidad de un adulto, en situaciones requeridas aún sin estar obligado. Por ello, quiere conquistar experimentando, lo nuevo, lo extremo, en búsqueda de su autonomía, dispuesto a pagar el costo, con tal de reconocer lo que se siente en tal situación. En resumen, vive la ambigüedad de su desarrollo.

También, descubre la posibilidad de desplegarse en habilidades y capacidades, arriesgándose con libertad y pasión. La confianza y el coraje le dan seguridad. El desarrollo del pensamiento, las destrezas cognitivas aumentan su potencial. Por esta razón, se utiliza la metáfora de la olla de presión, para indicar el deseo

de dejar salir lo reprimido, lo que le urge, su potencial en su dinamicidad, sin límite. Todavía más, sin medir las consecuencias de los actos, por lo que rara vez, las asume.

Conviene subrayar que, la interacción con los pares y los nuevos roles sociales le abren al autoconocimiento y la confrontación con los valores familiares (Urquijo, 1997). De ahí que, en relación con los entornos, hitos importantes de su desarrollo humano son el autoconcepto, la autoestima y la autoimagen. Más aún, es esencial que estos ambientes sean seguros con la presencia de personas significativas o relevantes para ellos. En este sentido, parafraseando a Urquijo el despliegue físico lo enfrenta con la nueva persona en la que se está convirtiendo (pág. 8) e intenta, ajustarse al ser maravilloso que puja por manifestarse, que siente y sueña con acomodarse en los entornos que lo envuelven y le dan seguridad.

Tal vez, en este desarrollo, lo más impactante por su alcance total, se refiera a la dimensión afectiva y psicosexual. Dada, la dificultad para enfrentarla adecuadamente, debido a los patrones familiares, culturales y sociales predominantes.

Por último, dependiendo de la vivencia anterior y la impronta que deja, esta etapa se proyecta en un deseo de vivir o no y un gusto o rechazo por la vida. Esto es, ciertas condiciones terminan por hacerlo vulnerable, así como fortalecerlo para enfrentar la adversidad. Se puede inferir que tal vulnerabilidad, representa una puerta abierta a ciertos factores de riesgo que atenten contra su integridad vital.

Factores de riesgo

Llegados a este punto, considerando la vulnerabilidad del adolescente, por una parte, y el riesgo de autodestrucción, por otra como enfermedad mental, es posible avanzar en el reconocimiento de ciertos factores de riesgo estimuladores. A continuación, algunos de ellos, comenzando por el nivel de fragilidad cuando, de la infancia arrastra heridas y vacíos importantes que han sepultado las potencialidades. Baste como ejemplo, el abandono por parte de los padres, el abuso y maltrato infantil, el fracaso escolar. Ahora, veamos los que siguen.

- a. Un primer factor, se encuentra en el abandono infantil por parte de alguno de los padres. En cualquiera de sus formas.

-
- b.** Patrones familiares de eventos anteriores, establecidos como tendencia. Es decir, cualquier episodio suicida ocurrido en el entorno familiar sienta precedente para que se repita.
 - c.** Otras enfermedades mentales con proyecciones depresivas.
 - d.** El fracaso escolar, el acoso, el rechazo de los padres y de los pares. que impiden encontrar lugar en la sociedad y la familia. Hay que mencionar, además, ciertas estrategias de corrección como la descalificación y el castigo.
 - e.** Sentimientos de culpa, duelos no resueltos, la pobreza y sus consecuencias, así como la violencia encuentran en el suicidio, la única salida de esas situaciones.
 - f.** La influencia de las redes sociales, juegos y la internet.
 - g.** La pandemia se convirtió en los últimos dos años, en el factor más relevante, ante la imposibilidad de control personal y social de la misma con sus consecuencias.

Todavía se podrían encontrar más factores, debido a que la problemática sobre esta fuente de muerte es multifactorial. Esto es, incluye factores biológicos, económicos, afectivos, sociales y más.

Reconociendo algunas señales

Antes de examinar algunas posibles señales, tratándose de una enfermedad mental, se podría objetar que, es difícil saber lo que el otro está pensando. Más aún, si es la decisión de quitarse la vida. Pues, la irreversibilidad de la decisión conlleva el silencio, el secreto; hasta que aparece el mensaje último. Incluso, comportamientos previos positivos hacia los más queridos. Precisamente, conocer el antes y llegar al después, es parte de una experiencia salpicada por el dolor y la impotencia. En consecuencia, la lectura retrospectiva de los hechos devela huellas en la ruta hacia el suicidio.

Con el fin de ilustrar esta aseveración, sirva la referencia a la experiencia personal respecto a personas cercanas que decidieron esta vía, para compartir tres

eventos suicidas. El primero, de una joven talentosa, graduada entre las mejores de la promoción, la noche del disparo en su cabeza, día de su cumpleaños; previamente había compartido cariñosamente con su madre. Surge la pregunta, ¿podría haber percibido o intuido, su madre, la intención de su hija? Es importante destacar, que la relación entre ambas, desde la infancia había sido de violencia.

El segundo, trata de un joven universitario, con una niña de un año y su esposa; cuyos padres decidieron apoyarle, montando para él una tienda de ropa, como fuente de ingreso. En este caso, el testimonio de sus padres sostenía la sospecha de problemas con la esposa, quien ante los problemas de pareja le amenazaba con abandonarlo. Es así que, pasado el mes de apertura de la tienda y celebrada la navidad; su hermana de quince años, al atardecer de uno de los primeros días del nuevo año, lo encuentra colgado en la terraza de la casa de sus padres. Una carta fue su único testigo. Conviene subrayar que, se percibía una buena relación con sus padres.

Un tercer, y último caso, se refiere a una persona atrapada en una depresión inadecuadamente atendida. En este caso, habría que decir también del intento fallido conocido y no valorado. Es decir, una señal de tal dimensión no podía pasar desapercibida e ignorarse. Se puede inferir que, una medida preventiva podría haber evitado el desenlace. Sin embargo, años después sucedió. Es importante señalar, que antes de quitarse la vida, aparentemente, hizo oración con un texto bíblico referido a la vida. El texto, presentaba a Jesús de Nazareth como símbolo del agua viva que da vida. El hecho sucedió cuando la persona se encontraba sola en casa, luego de desayunar. Cabe destacar, que la condición depresiva de la persona y las consecuencias de esta enfermedad son conocidas.

En definitiva, el dolor se mezcla con el misterio y la complejidad humana. Como criterio a tomar en cuenta para reconocer algunos indicadores, aparece una adecuada fuente de información y formación sobre el tema. En el caso concreto del adolescente, es necesaria una comprensión de la dinámica y características de esta etapa de desarrollo desde un enfoque humano integral.

Por otra parte, un análisis de los tres casos, en principio confronta la cotidianidad de las relaciones afectivas entre las personas que rodean al adolescente.

Porque, conocer las reacciones, respuestas, comportamiento, expresiones, silencios, es una escucha a sus gritos y necesidades para saberlos interpretar e intervenir adecuadamente.

Si aceptamos cuanto se viene diciendo, la pregunta es ¿se habrían podido percibir las señales?, ¿cuáles son evidentes en cada caso?, ¿es algo de un momento de arrebato o se construye en la oscuridad de la historia, en soledad, dolor, depresión?, ¿qué importancia tiene la experiencia desvalorizante del adolescente en esta construcción destructiva? Podríamos seguir haciéndonos preguntas y buscando respuestas sin encontrarlas. Porque, lo más triste es que, siempre nos quedamos fuera del límite del suceso. Es más, muchas veces ni siquiera nos acercarnos a la persona en su soledad, tristeza, dolor para intuir la razón de la pérdida de sentido y significado de la vida. Sin embargo, cruelmente, la curiosidad nos aproxima para “verla” muerta. Es decir, queremos saber cómo pasó, por qué, dejó alguna nota, con quién se comunicó por última vez, cómo quedó. En fin, asistimos, en este sentido, a una deshumanización evidente.

A continuación, un acercamiento a las posibles señales en los casos mencionados, permite definir criterios de prevención del suicidio en adolescentes.

En primer lugar, cualquier intento de hacerse daño, es una señal a tomar en cuenta y seguir su curso. Así, por ejemplo, cortarse, intoxicarse, el uso de un lenguaje de amenazas de muerte, son indicadores evidentes.

En segundo lugar, estados depresivos inadecuadamente atendidos. En otras palabras, la falta de información sobre la enfermedad y estrategias de atención familiar condenan a la persona al abandono y la soledad. En consecuencia, el resultado es “acabar con esto”. Es un gran desafío.

En tercer lugar, otra señal es el uso de un lenguaje en torno al “no estar”, “pronto se acabará”, “un día no molestaré más”. Y otros por el estilo, aun en forma de humor negro.

En cuarto lugar, ciertas presiones, como en los casos de los estudiantes, provocadas por personas significativas, de hacer sentir que no se cubren sus expectativas y responsabilizándolos del propio fracaso.

En quinto lugar, el uso de la tecnología, programas, juegos, conexiones, amistades, desde la infancia sin acompañamiento adecuado.

Para concluir, no sin dejar abierta la puerta para pensar otras, como cambios de comportamientos que a veces se confunden con el desarrollo, la edad propiamente, aislamientos, rechazo a la escuela, a clubes, al encuentro con ciertas personas y la obligación de estar y compartir, abrazar, servir, dejarlos solos con quienes no quieren. También las mentiras, como el caso de adopciones sin conocimiento, situaciones de pobreza, realidad familiar, descuido y abandono personal, pesimismo, baja autoestima, desinterés e indiferencia, ante todo, desesperanza, pesimismo, fatiga, cansancio crónico, rumiación sobre el pasado, insomnio, disminución de actividad física, eficiencia o productividad; desórdenes alimenticios, inestabilidad, pereza. Es relevante, la falta de escucha al adolescente. Pues, como señal se puede interpretar que es ignorado o de plano no existe para alguien.

Factores de prevención

En cuanto a los factores de prevención, todavía cabe señalar, en cuanto al suicidio en adolescentes la dificultad que se presenta al momento de prevenir. ¿Es posible la prevención? Conviene subrayar aquí, la importancia de cuidar y proteger (De los Ríos, 2021). Lo cual comporta promover la cultura de la vida.

En tal sentido, ante tal desafío, un primer paso para prevenir es construir un ambiente seguro que garantice el desarrollo humano promoviendo la autoestima, la autoimagen y el autoconcepto en el adolescente. De este modo, se reducen los riesgos de suicidio.

Aunque algunas de las señales sugeridas, son difíciles de reconocer, evitando ver lo que no hay, otras pueden dar pistas para prevenir. Así, por ejemplo, la depresión en cualquiera de sus manifestaciones. Pues, ciertos indicadores apuntan directamente a la fragilidad o vulnerabilidad de la persona. Esto exige, de los responsables de cuidarla y protegerla, cierta formación e información al respecto; reconocimiento de la realidad y sus riesgos, criterios de escucha activa. En definitiva, es importante, crear los gritos de ayuda que lanzan en el comportamiento, actitudes, reacciones, resistencias.

Además, acompañar a los responsables, padres de familia tutores y cuidadores se convierte en compromiso cuando de algún modo se comparte la responsabilidad de educarlos, formarlos o estar con los adolescentes. Es esencial, por supuesto, la comunicación. Lo más importante, en este sentido, arriesgarse a dar pasos de prevención, comenzando por comunicar de manera adecuada cuando se perciben o captan señales o se conoce expresamente por el mismo protagonista, las intenciones pensadas.

Más aún, es necesario, despertar la sensibilidad y superar los mitos. Ya que, la estigmatización sobre los trastornos mentales y el suicidio, impiden buscar ayuda a los que intentan hacerlo (OMS, 2021). Sobre todo, cuando se han establecido y fijado como patrones de conducta familiares. Es urgente contar con herramientas adecuadas para cortar estas cadenas.

Conclusiones: ¿Todavía nos podemos comprometer?

Sin duda, la adolescencia en el desarrollo evolutivo, es una de las etapas más difíciles de comprender por el mismo adolescente. Ya que, no sabe cómo enfrentar esta etapa, y en muchos casos, a la que ha llegado reprimiendo lo que su crecimiento y desarrollo desde su nacimiento le ha ido exigiendo o reclamando. Por eso, descubrir el mundo es una llamada propia del ser para hacer. Es parte de su proceso.

En realidad, la experiencia, personal y familiar, en cualquier contexto nos enseña que, la falta de formación y de cómo educar a un niño acompañándolo con amor y paciencia, nos lleva a actuar pensando en lo que consideramos mejor. Más aun, en algunos sino la mayoría de los casos repetimos patrones familiares, enlazándolos en la cadena generacional. Expresiones como “así me enseñó mi padre y si no fuera por eso, ¿qué sería de mí?”; a mi padre le funcionó y no tengo ningún trauma” y otras tantas expresiones acuñadas en nuestro cerebro que dinamizan nuestras actitudes y comportamientos, en consecuencia.

En línea con lo anterior, lo más perjudicial en estos casos, es la permanente respuesta negativa, sin explicaciones del por qué. Es decir, el “no” hagas, no digas, no busques, no toques, no preguntes; acompañado de gestos y actitudes que lo refuerzan negativamente, tiene un efecto perjudicial desde la infancia y la niñez. En así que, en la adolescencia, En consecuencia, de esta manera impe-

dimos la exploración, el descubrimiento, el riesgo, la seguridad y la confianza y provocando el miedo, la inseguridad. Quién y cómo les hizo callar, cuando los “mayores” hablan los “pequeños” callan. Y vamos construyendo categorías culturales. Mayor es aquél que ocupará una posición, cargo, responsabilidad, edad... que lo coloca por encima de otro... quien les hace reprimir el llanto, porque o los “hombres” no lloran o es de cobardes. Llegamos así, hasta el punto de llorar y sentir en la infancia el duelo por un juguete o una mascota y de grande te dicen que tienes que ser fuerte ante la pérdida de una persona querida. Es lo propiamente existencial. Es la base y el núcleo de la crisis y de las preguntas que nos seguimos haciendo.

En resumen, la persona llega a la adolescencia atrapada entre estos límites. En el trabajo pastoral con adolescentes y adultos, dos preguntas claves, constituyen el punto de partida. Son invitados a responderlas sin pensar. ¿Has sentido alguna vez, ganas de llorar sin saber por qué? ¿has sentido ganas de salir corriendo, sin saber por qué ni para dónde? Queda pendiente, el encontrar el por qué para desprenderse de él.

Para concluir, no se debe dar por supuesto que el adolescente es un ser vivo con talentos y capacidades en potencia, así como con tensiones en su desarrollo. Se debe hacer comprensiva, esta realidad y desde ella, comprometernos.

Por todo esto, nuestro compromiso es prevenir. Para ser más específicos, promover su autorrevelación, es ayudarle a sacar lo mejor de sí, a desarrollar adecuadamente sus potencialidades, activar los talentos para darle sentido y valor a su vida; siendo lo que se siente llamado a ser. Porque, hay una motivación para lograrlo, porque puede, aunque parezca difícil e imposible, como dice la canción.

Referencias

- De los Ríos, E. (2021). El suicidio: la otra pandemia. Obtenido de Anahuac México: <https://anahuac.mx/mexico>
- OMS. (17 de junio de 2021). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

-
- Romero A., J. (2005). Diccionario de psicología. México: San Pablo.
 - Unicef. (29 de mayo de 2022). Unicef Uruguay. Obtenido de Unicef Web site: <https://www.unicef.org/uruguay>
 - Urquijo, S. y. (1997). Adolescencia y Teorías del Aprendizaje. Fundamentos. Documento Base. Acta Académica. Recuperado el 31 de mayo de 2021, de <https://www.aacademica.org>

LA VALORACIÓN DE LA VEJEZ EN LOS TIEMPOS DE LA ANTIAGING MEDICINE: PREJUICIOS SUBYACENTES AL DEBATE CONTEMPORÁNEO ACERCA DE LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO

Juan Eduardo Carreño Pavez.

Director del Centro de Bioética, Universidad de los Andes, Chile.

Correspondencia: jedocarreno@gmail.com

Resumen

En la creciente aceptación de que son objeto las prácticas de la eutanasia y el suicidio asistido influyen una variedad de factores. En este trabajo exploramos uno de ellos, a saber, la idea del envejecimiento como una mera decadencia, muy presente en la población general y en profesionales de la salud por igual. En nuestra interpretación, este prejuicio viene avalado y promovido por la misma biología que, de la mano de ciertas premisas mecanicistas, concibe la senescencia como un simple desgaste y desmoronamiento del ser vivo orgánico. En contraposición a esa imagen, aquí presentamos una relectura de la vejez inspirada en la filosofía de Aristóteles y Tomás de Aquino. En ella, el decaimiento funcional y estructural que ciertamente afectan al organismo senescente no contradicen su dignidad ontológica, sino que más bien la presuponen. Esto puede ser un antídoto cultural poderoso contra la tendencia a ver en la última fase del ciclo vital un período descartable mediante la muerte provocada.

Palabras clave:

Eutanasia, suicidio asistido, senescencia, Tomás de Aquino.

Introducción

La creciente receptividad que las sociedades modernas muestran frente a una supuesta licitud moral de la eutanasia y el suicidio asistido no es sino la expresión y consecuencia de ciertas tendencias que laten con vigor en nuestra cultura. De ellas, una particularmente nítida consiste en una conceptualización empobrecedora del sufrimiento humano, en la que no es muy difícil rastrear el influjo de las doctrinas utilitaristas, en alguna de sus variantes. En efecto, es conocido el legado que esta doctrina ha dejado en el campo de las ideas políticas y económicas, pero el hecho es que también ha ejercido su impronta en el ámbito

de la salud y la bioética. No cabía esperar otra cosa. El enfermo sufriente y desahuciado pasa a constituir algo así como el arquetipo de una existencia carente de sentido para una mentalidad afanada en la maximización el placer y la correlativa minimización del dolor. Desde esta perspectiva, la institucionalización de los enfermos terminales en centros o unidades especializados no responde solo a la complejidad –por lo demás real– de su manejo terapéutico o paliativo, sino también a la necesidad de invisibilizar un aspecto de la vida humana que, bajo las categorías antropológicas y éticas disponibles, ya no somos capaces afrontar y asumir (Guardini, 2015, p. 101). De ahí, a justificar y hasta exigir el término de vidas que ya no parecen dignas de ser vividas por un agente racional, hay solo un paso. Son ya varios los países que lo han dado.

Pero esta es solo una de esas tendencias a las que hacíamos alusión. A ella podemos sumar, sin pretender la exhaustividad, un pragmatismo economicista que promueve una tasación estrictamente productiva de la vida humana, un relativismo escéptico que diluye las preguntas existenciales en el pozo sin fondo de las preferencias subjetivas y, por supuesto, un materialismo dogmático que desespera de toda dimensión trascendente en el hombre y el mundo. Estas fuerzas culturales han sido objeto de atención en los tratamientos que habitualmente se ofrecen del problema de la eutanasia (Carreño, 2021). En las páginas que siguen, me propongo explorar un filón de la cuestión que, aunque menos subrayado, resulta no obstante muy relevante para comprender la legitimidad que una porción nada despreciable de la opinión pública se muestra dispuesta a asignarle a prácticas tan abiertamente cuestionables y reñidas con lo mejor de la tradición médica, como son la eutanasia y el suicidio asistido. Me refiero a la conceptualización del envejecimiento humano que se ha instalado desde hace ya dos siglos en Occidente.

Mi exposición parte con una descripción de la imagen que hoy prevalece en. La opinión pública y en los profesionales de la salud acerca de la vejez, tal y como la muestran varios estudios realizados a la fecha, y cómo ella repercute en la actitud frente a la eutanasia y el suicidio asistido. A continuación, argumentaré que esa imagen está influida, al menos en parte, por las teorías hoy más difundidas en biología acerca de la senescencia, que cristaliza en una corriente de ribetes transhumanistas, conocida como *antiaging medicine*. En la sección siguiente esbozaré una idea de la vejez biológica en general, y de la específicamente hu-

mana, fundada en los principios y categorías de las tradiciones aristotélica y tomista, como una alternativa frente a los enfoques antes indicados. Finalizaré este trabajo con algunas breves consideraciones basadas en los puntos previos.

La vejez, la eutanasia y el suicidio asistido

Son numerosos los estudios que muestran la valoración negativa que prevalece en jóvenes y adultos de diversos países acerca de la ancianidad, una actitud que se describe con el neologismo *ageism* en la literatura anglosajona (Ayalon & Tesch-Römer, 2018). Contrariamente a lo que se podría suponer, las investigaciones realizadas a la fecha muestran que este no es un fenómeno exclusivo de Occidente, sino más bien un efecto que se extiende ahí donde ha llegado el influjo de la Modernidad (Bouchard *et al.*, 2004; Palmore, 2004; Boduroglu *et al.*, 2006; Arnold-Cathalifaud *et al.*, 2007; Hernández *et al.*, 2017). Por otra parte, no deja de ser significativo que esta imagen peyorativa de la última fase de la vida esté también arraigada en los mismos ancianos que cursan por ella, y que esto repercuta en su bienestar físico y psicológico (Castellano, 2014). Entre los rasgos que se asocian al anciano, los que más recurrentemente mencionan los encuestados son la disminución de la autonomía y las capacidades cognitivas, la soledad, la enfermedad y la pérdida de la belleza física.

No es sencillo determinar hasta qué punto esta apreciación de la vejez puede influir en la valoración moral que la población general y los profesionales de la salud hacen de la práctica de la eutanasia y el suicidio asistido. El análisis de la experiencia de naciones como los Países Bajos y Bélgica muestra que, respecto del total de personas que recurren a estas prácticas, la proporción de personas mayores de 80 años ha ido aumentando sostenidamente en el curso de los últimos años (Inghelbrecht *et al.*, 2010; Evenblij *et al.*, 2019; Van Den Noortgate & Van Humbeek, 2021). La interpretación de esta tendencia, no obstante, debe ser elaborada con cautela, debido a la multiplicidad de factores que parecen intervenir en ella (Castelli *et al.*, 2021). Efectivamente, es un hecho conocido que la senescencia se asocia a un aumento de la probabilidad de padecer enfermedades graves y potencialmente dolorosas y limitantes, por lo que no es fácil determinar si tras una eventual aceptación de la muerte provocada del anciano, hay una auténtica aversión frente al envejecimiento mismo, o si más bien se trata de un sentimiento de compasión –bien intencionado, pero mal entendido– frente

a personas cuyo sufrimiento se juzga intolerable.

Pese a esto, la hipótesis de una relación entre la minusvaloración del anciano, de una parte, y la eutanasia y el suicidio médicamente asistido, de otra, tiene desde hace décadas sus promotores, y lo cierto es que los datos disponibles no dejan de ser sugerentes (van Der Geest & Niekamp, 2003). Gamliel y Levi-Belz (2016) reportaron que personas que desdeñan la vejez expresan una mayor aceptación del suicidio de adultos mayores que aquellos participantes que no comparten ese juicio acerca de la ancianidad. Esta disposición también se ha descrito en los profesionales de la salud. En un estudio realizado en médicos estadounidenses, por ejemplo, Uncapher y Areán (2000), hallaron que los profesionales se mostraron menos interesados en tratar a pacientes adultos mayores con inclinaciones suicidas que a jóvenes con los mismos rasgos. Una porción importante de los encuestados argumentó que, cuando se trataba de ancianos, esa intencionalidad era lógica y hasta normal. Barnow et al. (2004) describieron resultados muy semejantes en médicos y enfermeras alemanes. Según otros estudios, estos sesgos no parecen ser el resultado específico del ejercicio profesional, sino un prejuicio asentado ya en la fase de formación universitaria de estudiantes que cursan diferentes carreras (Lee et al., 2003; Kane, 2004). Otras investigaciones han comunicado resultados compatibles en países de culturas y realidades tan diferentes como México, Corea del Sur y Rusia (Gómez-Moreno et al., 2019; Lee et al., 2021; Punchik et al., 2021).

Estos resultados son solo una muestra de una larga lista de hechos que avalan la tesis de que el envejecimiento general, y las personas ancianas en concreto, son objeto de una minusvaloración que tiene consecuencias prácticas y cotidianas, en la forma de toda clase de discriminaciones, abusos y maltratos (van den Heuvel, 2012; Lachs & Pillemer, 2015). Pero además, los antecedentes que nos ofrece la literatura apuntan a establecer una vinculación entre esta imagen de la vejez y la licitud moral que grupos amplios –y en algunos casos crecientes– de la población le conceden a la eutanasia y el suicidio asistido. Se trata, por supuesto, de uno entre otros varios elementos que podrían estar influyendo en ese fenómeno, pero esto ya basta para preguntarse por qué tantas personas jóvenes, adultas y ancianas son incapaces de ver en la vejez otra cosa que un cúmulo de desventuras y pesares. Aquí interviene, nuevamente, un elenco de causas que no podemos aquí explorar en toda su complejidad. Para los efectos de nuestra

exposición, nos centraremos en una de ellas, a saber, el modo en que la biología ha venido conceptualizando el envejecimiento, especialmente durante la centuria pasada.

Las teorías del envejecimiento y la *antiaging medicine*

A escala poblacional, el envejecimiento es un fenómeno relativamente nuevo en la historia de la humanidad. Según los datos biodemográficos de que disponemos, entre el año 1500 y 1900, la esperanza de vida promedio de una persona nacida en un Europa occidental fluctuó entre los 35 y 45 años. Para el año 2017, ya alcanzaba los 79 años (McDonald, 2019, p. 2). En este aumento sin precedentes influyen factores de muy diversa índole, incluyendo las mejoras en las condiciones generales y estilo de vida de la población, el acceso a una educación pública de calidad, el crecimiento económico, los programas de vacunación, la institucionalización de los partos y cuidados perinatales y la disponibilidad de antibióticos y nuevos medicamentos, entre varios más (Centers for Disease Control and Prevention, 1999, pp. 621-629). Este cambio, sumado a una disminución sostenida de la natalidad, ha traído como efecto un cambio demográfico cuyas consecuencias ya experimentamos. Si en 1900, habían 3,1 millones de estadounidenses mayores de 65 años, hoy esa cifra supera los 50 millones, y se espera que para el 2060 exceda los 94 millones de personas (US Census Bureau, 2021). Otros países desarrollados han sufrido procesos semejantes, e incluso más pronunciados (Bloom *et al.*, 2015).

El escenario descrito tuvo dos consecuencias significativas para el estudio de la vejez en la centuria pasada. El primero fue la maduración de una institucionalidad académica, bajo el liderazgo estadounidense. En ese país se conforma, en 1937, el primer grupo de investigadores expresamente dedicados al estudio del envejecimiento; este sería el germen de *The Gerontological Society of America*, fundada algunos años después, cuyo órgano de comunicación ha sido, desde 1946 y hasta la actualidad, el *Journal of Gerontology*. En el plano de la medicina clínica, vale la pena mencionar la fundación del *American Geriatrics Society* en 1942 (McDonald, 2019, p. 3).

La segunda consecuencia a la que hacía alusión —en buena medida derivado del primero— fue una proliferación inusitada de modelos y teorías enfocadas

en explicar las causas biológicas subyacentes a la senescencia. Hace algunos años, el investigador ruso Zhores A. Medvedev (1990) identificó en la literatura –quizás con excesiva minuciosidad–, 300 hipótesis diferentes que pretendían explicar el envejecimiento, que agrupó en 7 categorías. Otros autores han ofrecido sistematizaciones alternativas, ninguna de las cuales goza de universal aceptación (Chmielewski, 2017). Para los efectos de esta exposición, tengo presente la clasificación de Brian Weinert y Paola Timiras (2003), quienes distinguen cuatro grupos principales de teorías según el nivel orgánico en el que actúa el factor presuntamente responsable del envejecimiento. El primero de ellos, rotulado como teorías moleculares, incluye los modelos de programación génica, de restricción de codones, el de errores de expresión génica, el de mutaciones somáticas y el de desdiferenciación. En el segundo caen las teorías celulares del envejecimiento, que incluyen la de la senescencia celular, la de los radicales libres, el modelo *wear and tear* y la teoría apoptótica. Un tercer grupo de teorías, catalogadas como sistémicas, comprende el modelo *rate of living*, la teoría neuroendocrina y la inmunológica. En la cuarta y última categoría encontramos las teorías evolutivas del envejecimiento, en la que se cuentan el modelo de acumulación de mutaciones, la teoría del *disposable soma*, y la teoría de pleiotropía antagonística.

No es mi intención comentar pormenorizadamente esta clasificación. Si la menciono, es para ilustrar la complejidad teórica que hoy campea en la biogerontología y, a la vez, para introducir un par de observaciones que me parece, resultan atingentes al tema que aquí nos ocupa. En primer lugar, no está de más subrayar que, si bien la mayor parte de estos planteamientos pueden invocar ciertas pruebas empíricas a su favor, ninguno de ellos logra explicar cabalmente el fenómeno de la senescencia. De ahí la proliferación incesante de nuevos modelos. En segundo lugar, pienso que es importante explicitar los supuestos filosóficos acerca de la vida y el viviente en los que descansa esta nutrida oferta teórica. De una u otra manera, la mayor parte de los modelos mencionados descansan en una conceptualización mecanicista de la organización biológica y, por ende, es desde ese mismo marco nocional que enfrentan la desorganización estructural y funcional que tiene lugar en la senescencia. Ahora bien, si el ser vivo es solo un complejo de partes concatenadas entre sí, la distancia que lo separa, en términos entitativos, de un sofisticado artefacto tiende a difuminarse (Carreño, 2017). Esta es, sin ir más lejos, la intuición fundante que lleva a no pocos a concebir la

vejez del ente vivo como el resultado de una “fatiga de materiales”. Los edificios se derrumban, los puentes se oxidan, los seres vivos envejecen.

No debe nunca subestimarse el peso que eso que Francis Bacon (2000, p. 42, 49 y ss.) llamaba *idola theatri* puede ejercer en nuestro acercamiento cognoscitivo a la realidad. Solo así puede explicarse la seducción que inspira, desde hace ya siglos, una equivalencia tan equívoca como la apuntada. Un artefacto es una unidad de orden (esto es, accidental), de muchas partes componentes dispuestas por el diseñador con vistas a la realización de una determinada finalidad (Serani, 2020). Un automóvil no es “un” ente en un sentido fuerte, sino más bien “muchos” entes. Si podemos todavía hablar de él como un todo unitario, es solo en la medida que esa multiplicidad se congrega en torno a la función para la cual ha sido diseñado, y para la cual lo emplea su usuario, que es habitualmente la del desplazamiento local. Con un ser vivo ocurre algo muy diferente. Es verdad que en su constitución entitativa –si se trata de un viviente corpóreo– también podemos identificar partes componentes, y ahí reside el potencial heurístico de la metáfora mecanicista en biología¹. Pero en su sentido más decisivo, la relación del viviente con sus partes es, justamente, inversa a la que el artefacto guarda con las suyas. El ser vivo es una unidad substancial y no meramente accidental, lo que quiere decir que se posiciona en la existencia en sí mismo y sin necesidad de otra clase de entidad que le sirva de sustrato ontológico. El fundamento de esa unidad no es una finalidad impuesta extrínsecamente por un artesano, como ocurre en el artefacto, sino una forma realizada en su misma esencia, que como veremos más adelante, es de hecho también su fin (*ScG.*, IV, c. 11). Sus partes, por otro lado, se configuran y organizan en vistas de ese todo substancial en el que se integran y, por eso, desmembradas de ese todo, ellas simplemente dejan de ser lo que eran. Como lo afirma Tomás de Aquino, una mano o un ojo separados del cuerpo ya no se dicen ojo y mano, a no ser equívocamente (*S.Th.*, I, q. 76, a. 8, co; *ScG.*, II, c. 72; *De spirit. creat.*, a. 4, co).

A mi juicio, este problema, que podríamos catalogar como “de fundamento”, las-

¹Es al menos plausible, desde un punto de vista histórico, que ciertos desarrollos de la fisiología moderna, y muy especialmente, de la bioquímica y la biología molecular, han encontrado su fundamento filosófico y epistemológico en una conceptualización del viviente eminentemente mecanicista. Ahora bien, si esa inspiración ha sido necesaria, stricto sensu, para alcanzar esos logros, es una discusión diferente en la que no puedo entrar aquí.

tra irremediablemente a muchos de los modelos antes mencionados, impidiendo que aporten la dosis de verdad que sin duda llevan consigo. La dificultad con la que se enfrentan es básicamente la misma: cómo explicar el envejecimiento del todo apelando a la desestructuración de la parte. Ciertamente, resulta al menos insatisfactoria la tesis según la cual una rata se hace vieja porque sus neuronas corticales ya no son las de antaño, o porque los radicales libres han acabado por producir un daño irremontable en sus biomoléculas. ¿No es eso, acaso, lo que queremos averiguar? ¿Por qué las neuronas de la rata han perdido su estructuración y funcionalidad? ¿Por qué este animal ya no puede reemplazar aquellas proteínas que han acumulado daños oxidativos? ¿No son estas las consecuencias, más bien que las causas del envejecimiento?

Conscientes de esta dificultad, algunos han intentado hallar la causa de la senescencia en una supuesta programación genética o en las dinámicas inherentes a la teoría de la evolución por selección natural. Lo cierto es que estas alternativas no gozan hoy de buena salud como modelos explicativos. A las críticas de que ha sido objeto el “genocentrismo” de la biología de segunda mitad del siglo XX (Rosenberg, 2005; Akbay, 2021), se suman numerosos resultados de modelos teóricos y de investigaciones empíricas que refutan, de modo cada vez más convincente, la tesis de que exista algo así como uno o más genes encargados de activar un proceso de envejecimiento orgánico. El motivo de esta ausencia se remonta a las observaciones que hicieron en su momento Medawar, Fisher y Hamilton; según las proyecciones cuantitativas que elaboraron estos investigadores, la presión selectiva que se ejerce sobre unos hipotéticos genes reguladores de la senescencia es extremadamente débil (McDonald, 2019, pp. 346-347). Esto no quiere decir, por supuesto, que la genética y la epigenética no tengan un papel que cumplir en el fenómeno de la vejez. El punto central aquí es que, al menos en el esquema neodarwinista imperante en la biología contemporánea, longevidad y envejecimiento no se configuran como dos caras de la misma moneda. La primera, según la teoría vigente, sí está regulada genéticamente y sometida a ciertas presiones selectivas, porque se trataría de un “producto colateral” (*by-product*) de genes relevantes para la supervivencia de los organismos hasta la fase reproductiva del ciclo vital. Pero no ocurre lo mismo con la senescencia. Una porción importante de investigadores tiende a ver en esta solo un fenómeno estocástico, fruto del aumento de entropía que afecta a toda estructura física, en conformidad con la segunda Ley de la Termodinámica (McDonald, 2019, pp. 77-82).

Por mi parte, puedo añadir que no es solo a la luz de las categorías explicativas darwinistas que la teoría de la programación genética resulta satisfactoria. Incluso para quien adhiriera a otra idea de la evolución biológica, permanece el hecho de que el genoma es una parte del viviente corpóreo, todo lo relevante que se quiera, pero parte, al fin y al cabo. Asignarle a ese aspecto del viviente el estatus de una causa cabal de la senescencia que afecta al organismo como un todo no es sino reeditar la falacia mecanicista que antes criticábamos. Estas dificultades, empero, han pasado en buena medida desapercibidas entre los especialistas, y pienso que esa es una de las razones que está detrás de la expectativa típicamente moderna de superar definitivamente la vejez. Los motivos que me llevan a hipotetizar esa relación son dos. El primero es de tipo conceptual. Por cierto, si la vejez no es sino la desorganización de un sistema complejo, nada impide que, con los medios técnicos idóneos, seamos eventualmente capaces de reorganizar los componentes de dicho sistema, quizás indefinidamente. Visto así el asunto, el *life span* (la cantidad máxima de años que vive una especie) humano no pasaría de ser un límite fáctico, susceptible de superación.

La segunda razón que me lleva a sostener una relación entre el mecanicismo y la pretensión de superar la vejez es de índole histórica. Como es sabido, la preocupación por el envejecimiento no es nueva. Ya en 1550, el noble italiano Luigi Cornaro publicó *El arte de vivir largamente*, una obra que gozó de gran popularidad en su siglo y en los siguientes (Cornaro, 1917). En ella, el autor defendía la idea de suprimir las enfermedades asociadas a la vejez, pero no la vejez misma. Por el contrario, esta correspondería, según Cornaro, a una fase de realización biográfica y personal, que debía ser aprovechada mediante un cuidado de la propia salud y energía vital (Cornaro, 1917, pp. 39-76). Los pensadores ilustrados prolongan esta valoración positiva del envejecimiento humano, siendo Benjamin Rush un insigne ejemplo de la actitud del período (Rush, 1797). El siglo XIX trae nuevos aires consigo y un giro en el modo de conceptualizar la vejez, que se prolonga en el siglo siguiente. Para muchas de las más respetadas autoridades en el campo de la geriatría, como I. L. Nascher y Charles Mercier, el límite entre enfermedad y vejez era en la práctica indiscernible. Si bien esta visión favoreció entre algunos el pesimismo, en otros indujo el efecto opuesto. La base de este optimismo descansaba en los hallazgos que por aquellos años suministraba la floreciente biología celular. La célula, se pensaba, era en sí inmortal y, por lo mismo, bastaba con darle un entorno y condiciones propicias

para que el organismo –que se entendía como un agregado de muchas células– escapase de la senescencia, en una juventud sin fin. Charles A. Stephens le dio voz a esta esperanza de claro tenor mecanicista, cuando defendió la tesis de que una perfecta nutrición celular era la vía para alejar definitivamente la vejez y la muerte (Cole, 1992, p. 178). Otros, especialmente en la transición del siglo XIX a XX, le achacarían no a la nutrición celular, sino al decaimiento de la función endocrina de las gónadas masculinas y femeninas el peso de la responsabilidad por el envejecimiento. Las medidas tomadas para revertir el proceso fueron en algunos casos bastante invasivas –por no decir brutales–, pero con nulos resultados clínicos y biológicos (Haber, 2004).

Si bien es cierto que la fundación de sociedades científicas a partir de la cuarta década del siglo XX y el avance de los conocimientos biológicos tuvo como resultado una distinción conceptual entre el envejecimiento y las patologías asociadas a la vejez, el propósito de superar o al menos postergar un fenómeno aparentemente reñido con la belleza física, la independencia y la funcionalidad nunca desapareció del todo. La expresión más nítida de la vitalidad de esta corriente fue la fundación, en 1993, de la *American Academy of Anti-Age Medicine*. Uno de sus pioneros, Ronald Klatz, ha afirmado que “una vez que el envejecimiento es visto como una enfermedad, entonces se convierte en una condición tratable” (Haber, 2004, p. 520). Mediante un coctel que incluye tratamientos hormonales, cirugía plástica, ejercicio y suplementos nutricionales, quienes adhieren a lo que ya es un auténtico movimiento –la *antiaging medicine*, pretenden al fin cumplir el sueño decimonónico de superar lo que conciben como una fase decadente de la trayectoria vital (Tosato, *et al.*, 2007). Es verdad que este giro no goza hoy en día de grandes credenciales científicas ni académicas a su haber; pero también lo es que el afán prometeico de enlentecer e incluso revertir los efectos del paso del tiempo en el organismo humano ha resurgido con fuerza de la mano de ciertas corrientes transhumanistas que auguran una suerte de inmortalidad cibernética (Brague, 2016, pp. 221-235).

Un poco más atrás señalé que en ningún caso pretendo avalar una relación lineal entre estas teorías y movimientos y la visión predominantemente negativa que una porción creciente de la población de países occidentales manifiesta respecto de la vejez. Tampoco afirmo que la adopción de estas teorías o modelos en gerontología desemboque inexorablemente en la legitimización de la eutanasia

o el suicidio asistido. Lo que quiero sugerir, en cambio, a título de hipótesis que solicita verificación definitiva, es que este modo de abordar el envejecimiento fomenta una idea sesgada y parcial de la vejez propia y ajena, y que ello podría incidir, junto a una mirada de factores adicionales, en la aceptación que hoy se da a las prácticas eutanásicas como método válido de terminar con vidas que, de todos modos, ya no parecen dignas de ser vividas. En la sección siguiente quiero mostrar otra mirada posible al proceso del envejecimiento, fundada en la especulación de una tradición que, a falta de mejor nombre, podríamos rotular como realista.

Reconceptualización de la vejez humana

Desde hace ya varias décadas, una mayoría de investigadores y especialistas ha abandonado la tesis de una identificación entre vejez y enfermedad que dominó la transición de los siglos XIX a XX, para volver así a las intuiciones de Cornaro y de los ilustrados. Pero si el envejecimiento en sí no puede ser equiparado con una patología, parece bastante claro que, desde un punto de vista biológico, la vejez conlleva una pérdida de las reservas funcionales y fisiológicas, que aumentan la probabilidad de padecer patologías de índole variada y, finalmente, exponen al organismo senescente a la muerte (Khan *et al.*, 2017; Li, *et al.*, 2021). A la luz de estas consideraciones, en otra parte hemos caracterizado el envejecimiento como un declive progresivo de la organización biológica, tanto en el plano estructural como en el funcional, que ocurre con la edad independientemente de las patologías que eventualmente pudiesen afectar al organismo en cuestión (Serani & Carreño, 2021).

Como ya quedó apuntado, en el marco dominante en que se inscribe la discusión contemporánea, este proceso es concebido como un aspecto de un decaimiento general que afecta a todas las estructuras físicas, y que tiene su explicación última en la tendencia termodinámica al incremento de la entropía (McDonald, 2019, p. 3). Esta lectura del fenómeno no carece de interés, pero al mismo tiempo, debe admitirse que ella descansa en una idea sumamente parcial del ser vivo y de los cambios y procesos que lo afectan. Según lo anunciaba un poco más atrás, el viviente no es una colección accidentalmente dispuesta de partes, sino un todo unitario, eso que en el seno de la tradición de inspiración aristotélica se denomina como substancia (*Metaphysica IV*, 2 (Bk 1003a 33); *S.Th.*, I, q. 3,

a.6, ad. 2; III, q. 77, a.1, ad. 2; Q. D. *De anima*, a. 19, co; *In Metaph.*, V. lect. 10; ScG., IV, c. 49; *In Sent.*, I, d. 24, q. 1, a. 1, ad. 7). Esto plantea una duda de fondo respecto de la causa de la vejez, la que sintomáticamente pasa completamente inadvertida en un enfoque materialista.

Para perfilar esta interrogante, es oportuno recordar que, en el contexto de la teoría hilemórfica aristotélica –al menos en la recepción que de ella hace Tomás de Aquino–, todos los entes que se nos presentan en la experiencia son substancias compuestas (*De ente et ess.*, c. 1). Se les denomina así porque ellas se constituyen como tales a partir de la imbricación de dos coprincipios, uno actual y determinante, denominado forma sustancial, y otro potencial e indeterminado, conocido como materia prima (*De princ. natur.*, c. 1). Esta composición encuentra también su lugar en los vivientes corpóreos, incluyendo al hombre. El alma, en este marco, no es otra cosa que la forma sustancial más perfecta que informa al compuesto vivo, y la vivificación que ella ejerce no es sino una actualización más cabal y plena (Carreño, 2020, pp. 52-61). Vale la pena enfatizar que, en la interpretación de Tomás de Aquino, la forma y materia no son concebidas como “cosas” existentes por sí mismas, ni tampoco, en el extremo opuesto, como meros principios explicativos. Más bien se trata de dos aspectos o dimensiones realmente presentes en la estructura entitativa de los antes sometidos al cambio y la mutación, y cuya existencia y naturaleza inferimos, justamente, en el análisis de ese cambio y esa mutación.

Este resumen necesariamente sucinto de un planteamiento de tanto espesor conceptual e histórico basta, sin embargo, para situar la pregunta acerca de la vejez en su auténtica dimensión ontológica. Si el alma del ser vivo es una forma sustancial capaz de actualizar y vivificar a la materia constituyendo con ella un solo compuesto vivo, tenemos todo el derecho a preguntarnos por qué, entonces, existe algo así como la vejez biológica y humana. Las respuestas que nos ofrecen las teorías modernas acerca del envejecimiento, como decíamos un poco más atrás, son fundamentalmente insatisfactorias, y quizás ahora se pueda apreciar mejor el motivo de esa insuficiencia. El alma –dice el Aquinate– está toda en todo el ser vivo y en cada una de sus partes y, por eso, se podría esperar, prima facie, que ella fuese capaz de mantener el compuesto en su integralidad orgánica. Sabemos por experiencia que ello no sucede así. ¿Por qué? El camino que se abre aquí se bifurca en tres posibles alternativas explicativas. La primera

de ellas consiste en recurrir a una operación específica del viviente, cuyo objeto especificativo fuese la decrepitud del mismo. En principio, esta opción parece encontrar un aval textual en Aristóteles y Tomás de Aquino, pues, de hecho, en ocasiones ambos autores identifican una actividad vital del “crecimiento y decaimiento” (*De anima* II, 1 (Bk 412a 13-14); II, 2 (Bk 413a 20-31); *In De anima.*, II, lect. 1, n. 9; II, lect. 3, n. 11). Más adelante comentaremos en qué sentido pueden interpretarse esta expresión. Por ahora, no podemos dejar de destacar lo contradictoria que resulta la admisión literal de esta explicación, al menos en el marco de una noción teológica de la vida y el viviente, como lo es la de inspiración aristotélica. En efecto, es cuando menos anómalo que el propósito de un acto vital sea la decadencia y final aniquilamiento del propio sujeto que le da sustento entitativo a ese acto segundo. Más aún, esta hipótesis escindiría y dislocaría la misma vida vegetativa, al introducir un germen de contradicción entre la operación del crecimiento así entendida, y la nutrición –la más básica y fundamental de las actividades vegetativas, al decir de los autores citados– cuyo objeto no es otro que mantener al viviente según su substancia (*De anima* II, 4 (Bk 416b 20-25); *In De anima.*, II, lect. 9, n. 1, 13).

Una segunda hipótesis, en principio más prometedora, hace descansar en la forma substancial el peso causal de la vejez que experimenta el viviente corpóreo. La explicación de la creciente desorganización estructural y funcional que afecta al organismo senescente, según esta opción, residiría en una suerte de “decaimiento” o “languidez” formal. Dicho de otro modo, el poder actualizador, vivificador y organizador de la forma substancial del ser vivo orgánico –es decir, de su alma–, decaería en el tiempo, dando paso a una suerte de insurrección de la materia y de la potencialidad que ella lleva consigo. Como resultado de ello, advendría el desorden paulatino de la economía corporal, cuyo correlato empírico es ese declive fisiológico que antes describíamos. Aunque a primera vista la idea suena sugerente, un examen más detenido nos revela que ella descansa sobre un supuesto sumamente cuestionable, a saber, que el poder actualizador de una forma substancial pueda agotarse en el tiempo. Esto puede sucederle a una entidad corpórea –de hecho, les sucede a todas–, pero no a un acto que, como ya quedó dicho, no es un ente, sino un coprincipio. En este punto, las palabras de Aristóteles sí son muy claras: “...si un anciano pudiera disponer de un ojo apropiado vería, sin duda, igual que un joven. De manera que la vejez no consiste en que el alma sufra desperfecto alguno, sino en que lo sufra el cuerpo

en que se encuentra” (*De anima*, I, 4 (Bk 408 b21-22)). Comentando el pasaje, el Aquinate agrega que no es el alma la que se debilita al debilitarse el cuerpo y, por ello, la debilidad en la acción no debe atribuirse a aquella, sino al órgano (*Q. D. De anima.*, q. 14, ad 18.).

Lo dicho deja abierto el camino a una tercera estrategia explicativa, que en parte está insinuada en los pasajes antes citados de Aristóteles y Santo Tomás. Por cierto, no se debe pasar por alto que ambos autores apelen al nivel del órgano —en un caso, explícitamente, en el otro, ejemplificado en el ojo— para dar cuenta de lo que ocurre en el viejo. Me parece que aquí hay una clave de interpretación digna de estudiarse. Sin duda, el órgano biológico no puede ser equiparado con una materia prima, pues involucra, como tal, una dimensión material ya organizada —de ahí su nombre— y en esa misma medida, formalizada. Aquí conviene recordar un punto señalado por Tomás de Aquino: la forma substancial o alma del viviente corpóreo no es su organización, sino la causa de su organización (*ScG.*, II, cc. 63, 64). Pero del hecho de que el alma sea causa de la organización biológica —e incluso causa principal—, no se sigue que sea la causa completa de la misma. En el marco de una perspectiva auténticamente hilemórfica, la organización que adquiere paulatinamente un ser vivo durante su morfogénesis no puede ser comprendida como el efecto de la forma o la materia aisladamente, sino como la consecuencia de la actualización que ejerce la primera sobre la segunda.

Para situar el asunto en todo su contexto, tengamos en cuenta que, al menos en el marco de la doctrina tomista, no es la forma, sino el ser, el arquetipo de toda actualidad (*Comp. theologiae*, I, c. 18; *De spirit. creat.*, a. 1; *In I Sent.*, d. 8, q. 2, a. 1; q. 5, a. 1; d. 43, q. 1, a. 1; *ScG.*, I, c. 43; *S. Th.*, I, q. 7, a. 1)². Respecto del *esse*, incluso la forma está en potencia, y solo puede participar de él desde el mismo instante que lo comunica a la materia, constituyendo con ella un solo compuesto y una sola entidad³. Aquí está el sustento para la hipótesis que aquí propongo acerca del envejecimiento. La biología nos muestra que todo viviente corpóreo, desde el mismo instante en que comienza a existir como tal, posee ya

²Para un comentario de esta dimensión de la doctrina tomista, véase (Fabro, 1983, pp. 106-118).

³Nótese que lo dicho respecto del instante en que el alma comienza a ser en un compuesto, no es necesariamente especular a lo que ocurre tras la corrupción de ese compuesto, y por eso, nada impide que una forma substancial sea a la vez subsistente (Carreño, 2020, pp. 232-255).

una organización biológica mínima, que es asumida activamente por él a partir de la organización heredada de su o sus progenitores, según cuál sea el tipo de reproducción que posibilita esa herencia⁴. Pues bien, en mi interpretación, la organización biológica constituye una suerte de disposición entitativa mínima que posibilita la comunicación del *esse* entre forma y materia, y en esa misma medida, la actualización de esta por parte de aquella. Esa organización no es estática, por supuesto, sino que irá desplegándose e incrementándose en el tiempo, gracias a la actualización creciente que el alma ejerce en la materia. El ciclo de retroalimentación positiva que así se establece entre actualidad y organización, sin embargo, no es indefinido. La actividad morfogenética tiene un telos que, al decir de Aristóteles, no es sino la misma forma (*Física* II, 8 (Bk 199a 20-34)). Una vez logrado ese fin, el viviente ha alcanzado la madurez –la plena realización de su forma– de su trayectoria vital.

¿Y entonces, qué es el envejecimiento? En el marco interpretativo que aquí esbozo, la vejez es, ante todo, una desorganización paulatina que padece el ser vivo, como consecuencia de la acción simultánea de una miríada de factores intrínsecos y extrínsecos al viviente, que afectan a una o más de sus partes. Estos factores son los que nos presentan las diversas teorías biológicas a las que antes hicimos alusión. La forma substancial del ser vivo que envejece no es capaz de revertir estos efectos porque, como decíamos, la organización es una disposición mínima en y por la cual esa forma puede actualizar a la materia. En otras palabras, el ciclo de retroalimentación positiva que antes describíamos entre actualización y organización –a mayor actualidad, más organización, que a su vez posibilita una mayor actualidad–, se torna aquí en su contrario negativo. La acción mantenida de las causas que provocan la desorganización obstaculiza la actualización de la materia por parte de la forma, lo que a su vez provoca mayor desorganización, y mayor obstaculización de la comunicación del *esse*. El correlato biológico de esta paulatina desorganización es una creciente inhabilidad para disponer la complejidad inherente a la vida orgánica, con el consiguiente declive estructural y fisiológico que caracteriza a la senescencia. Superado cierto

⁴Solo a modo de ejemplo, téngase en cuenta el caso del cigoto humano. Él tiene ya una dotación cromosómica, una estructuración celular y una integración fisiológica sumamente sofisticadas y complejas, que ha recibido del espermio y del ovocito materno. Para algunos detalles, véase (Sadler, 2019, pp. 34-42).

umbral, la desorganización resultante ya no es compatible con la vida orgánica, y la razón de ello es que la forma substancial ya no puede mantener al compuesto hilemórfico como un todo organizado. Así, adviene la separación de ambos coprincipios, con la muerte del viviente.

Lo dicho hasta aquí no parece, no a primera vista al menos, un antídoto muy poderoso frente a las conceptualizaciones modernas de la vejez que antes hemos criticado. Da la impresión de que esta no sería sino una reformulación de la vejez bajo las categorías clásicas de Aristóteles y Tomás de Aquino, que a fin de cuentas coincide con sus versiones modernas en presentar al anciano como un organismo en decadencia. Pienso que no es así. Más allá de su inexorabilidad, y del hecho indementible que la vejez conlleva una pérdida funcional para quien la experimenta, no debe pasarse por alto que, en la lectura que hemos avanzado, este es un proceso subsidiario de la vida y de la naturaleza del viviente. Un artefacto decae según su modo distintivo de ser, que es el de una colección de cosas dispuestas según un fin extrínsecamente dado. El decaimiento es algo que le sucede, y por eso, este equivale a una desagregación o desmoronamiento. Un ser vivo es una unidad substancial, dotado de actividad propia –vital–, y que se constituye, al menos en parte, en sujeto activo de su decaimiento. La biogerontología nos da un testimonio indirecto de ello, cuando nos informa que la vejez no ocurre caóticamente, sino siguiendo un patrón característico para cada especie de viviente. Esta regularidad halla también su lugar en nuestra interpretación: la forma y la materia son coprincipios esenciales, esto es, componen la esencia o naturaleza del ente corpóreo. La organización que es fruto y medio de la actualización que la forma ejerce en la materia, por ende, no puede sino manifestar la esencia del ser vivo, y lo mismo ocurre con su anverso, la desorganización⁵. Cada ser vivo envejece en conformidad con su modo específico de ser.

Estas consideraciones nos advierten que la vejez no lesiona la dignidad ontológica del ser vivo. Incluso en esa fase de decaimiento orgánico, este ser más perfecto conserva sus gestos distintivos, a saber, la autarquía e inmanencia de su

⁵Aunque como ya he insistido varias veces, el envejecimiento no puede ser equiparado con una enfermedad, en este punto sí se puede establecer un cierto paralelo entre ambas realidades. Al igual que la senescencia, el *pathos* también tiene un orden, que es subsidiario de la *physis* que afecta. Para un comentario de esta cuestión, véase (Serani & Besio, 2014, pp. 47-54

actuar (Carreño, 2020, pp. 36-51). Esto alcanza nuevas cotas en aquél viviente corpóreo de más alta jerarquía, que de hecho es ya persona. El hombre envejece, y eso lo expone a los cambios fenotípicos que ya han quedado consignados unas páginas más atrás. Una imagen romántica de la ancianidad que no se haga cargo de este hecho fundamental corre el serio peligro de perder credibilidad y asiento en la realidad. Pero, por otro lado, un enfoque que se restrinja a comprender las miserias orgánicas que la vejez trae consigo resulta a estas alturas trivial y, sobre todo, parcial. El cuerpo y la mente del hombre viejo no tienen la vitalidad, fuerza o agilidad del joven. Pero a pesar de eso —o quizás precisamente por eso—, puede llegar a alcanzar la sabiduría y la prudencia que al muchacho le son esquivas. Como lo vio y vivió Cornaro en carne propia, el apaciguamiento de las pasiones, la domesticación de la fantasía y la proximidad cierta de la muerte pueden abrir el horizonte a un desarrollo espiritual e intelectual sin precedentes en otras fases biográficas. Más aún, Romano Guardini (2015, pp. 8-16) ha argumentado que, en una perspectiva trascendente, la ancianidad no es una fase de decrepitud o desmoronamiento, sino justamente la culminación de un itinerario vital que es comprendido como preparación para un encuentro definitivo con Otro. La vejez puede ser también un tiempo de felicidad, quizás en el sentido más hondo y definitivo que quepa alcanzar en esta vida.

Consideraciones finales

En su *Diario de la guerra del cerdo*, Adolfo Bioy Casares relata una revuelta ficticia, en la que los jóvenes bonaerenses se levantan para acabar contra unos viejos que el autor no duda en perfilar como repugnantes, libidinosos y mezquinos. Desasidos de cualquier asomo de atemperación burguesa, los protagonistas —ancianos y muchachos por igual— se entremezclan en una actividad frenética y, sobre todo, profundamente odiosa. Los viejos odian lo que la vejez simboliza y, por eso, evitan escrupulosamente reconocerse como tales; los jóvenes odian al viejo que, más temprano que tarde, ellos también serán. El resultado de esta composición es sin duda inquietante, no tanto por su tono distópico, sino más bien por esa clarividencia que distingue a toda auténtica pieza de creación literaria. El cerdo no es el viejo, en última instancia, sino el hombre mismo. Aborrecer del cerdo es aborrecer del hombre que soy, del hombre que seré...

La minusvaloración del envejecimiento que, según los estudios citados aquí, ex-

plica al menos en parte la permisividad hipócrita que nuestras sociedades muestran frente al abuso y maltrato de los ancianos, es también un factor que puede influenciar la creciente aceptación de que es objeto la muerte provocada, sea bajo el rótulo de eutanasia o de suicidio médicamente asistido. Un problema tan estructural como este no se soluciona con la técnica. Ella puede ser sin duda un instrumento valioso, pero solo si se asienta en una reflexión detenida acerca de la naturaleza del hombre, de su destino, y de las diversas edades que componen su periplo vital, vejez incluida. Este ejercicio requiere tiempo y sosiego, y es de esperar –por nuestro propio bien y por el de nuestro prójimo– que dispongamos de ambas cosas, porque como lo advirtió Adolfo Bioy Casares, matar al viejo es matar a aquel que seremos algún día, nos guste o no.

Referencias bibliográficas

- Akbay, G. (2021). Gene Centrism, Causal Specificity and Missing Heritability, *Revista Portuguesa de Filosofia*, 77(4), 1455-1478.
- Arnold-Cathalifaud, Thumala, D., Urquiza, A., y Ojeda, A. (2007). La vejez desde la mirada de los jóvenes chilenos: estudio exploratorio. *Última Década*, 15(27), 75-91.
- Aristóteles. (1941). *The Basic Works of Aristotle*. R. Mckeeon (ed). New York: Random House.
- Aquino, T. (1858). *Commentum in quatuor libros Sententiarum Magistri Petri Lombardi* (vols. 6, 7). En *Opera omnia*, Parma: Typis Petri Fiaccadori.
- ----- (1888-1906). *Summa theologiae* (vols. 4-12). En *Opera omnia iussu Leonis XIII P. M. edita*. Roma: Ex Typographia Polyglotta S. C. de Propaganda Fide.
- ----- (1918-1930). *Summa contra gentiles* (vols. 13-15). En *Opera omnia iussu Leonis XIII P. M. edita*. Roma: Typis Riccardi Garroni.
- ----- (1964). *In duodecim libros Metaphysicorum Aristotelis expositio*. M. R. Cathala, R. M. Spiazzi (eds.). Roma: Marietti.

- ----- (1976). *Opuscula IV* (vol. 43). En *Opera omnia iussu Leonis XIII P. M.* edita. Roma: Editori di San Tommaso.
- ----- (1979). *Opuscula III* (vol. 42). En *Opera omnia iussu Leonis XIII P. M.* edita. Roma: Editori di San Tommaso.
- ----- (1996). *Quaestio disputata de anima* (vol. 24/1). En *Opera omnia iussu Leonis XIII P. M.* edita. Roma-París: Commissio Leonina-Éditions Du Cerf.
- ----- (2000). *Quaestio disputata de spiritualibus creaturis* (vol. 24/2). En *Opera omnia iussu Leonis XIII P. M.* edita. Roma-París: Commissio Leonina-Éditions Du Cerf.
- ----- (1984). *Sentencia libri De anima* (vol. 45/1). En *Opera omnia iussu Leonis XIII P. M.* edita. Roma-París: Commissio Leonina-L. P. J. Vrin.
- Ayalon, L., Tesch-Römer, C. (2018). *Contemporary perspectives on ageism*. Cham: Springer Nature.
- Bacon F. (2000). *The New Organon*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Barnow, S., Linden, M., Lucht, M., Freyberger, H-J. (2004). Influence of age of patients who wish to die on treatment decisions by physicians and nurses. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(3), 258–264.
- Bloom, D. E., Canning, D., y Lubet, A. (2015). Global population aging: Facts, challenges, solutions & perspectives. *Daedalus*, 144(2), 80-92.
- Boduroglu, A., Yoon, C., Luo, T., y Park D. (2006). Age-related stereotypes: A comparison of American and Chinese cultures. *Gerontology*, 52(5), 324-333.
- Brague, R. (2016). *El reino del hombre*. Madrid: Ediciones Encuentro.
- Carreño, J. E. (2021). *La eutanasia: una mirada multidisciplinaria*. Pamplona: Eunsa.
- ----- (2017). The Possibility of an Artificial Living Being in the Light of the Philosophy of St. Thomas Aquinas. *Angelicum*, 94 (4), 635-672.

-
- ----- (2020). *Vivere viventibus est esse: la vida como perfección del ser en la obra de Tomás de Aquino*. Pamplona: Eunsa.
 - Castellano, C. L. (2014). Análisis de la relación entre las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento y los índices de bienestar en una muestra de personas mayores. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 49(3), 108-114.
 - Castelli, D. A. et al. (2021). A systematic review of older adults' request for or attitude toward euthanasia or assisted-suicide. *Aging & Mental Health*, 25(3), 420-430.
 - Centers for Disease Control and Prevention. (1999). Vol. 48: Achievements in Public Health, 1900-1999: Control of Infectious Diseases. Atlanta: US Government Printing Office.
 - Chmielewski, P. (2017). Rethinking modern theories of ageing and their classification: the proximate mechanisms and the ultimate explanations. *Anthropological Review*, 80(3), pp. 259-272.
 - Cole, T. R. (1992). *The Journey of Life*. New York: Cambridge University Press.
 - Cornaro, L. (1917). *The Art of Living Long*. Milwaukee: W.F. Butler.
 - Ellen, B., Jin, Y., Anas, A., y Luh, J. (2004). Communication beliefs about youth and old age in Asia and Canada. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 19(4), 343-360.
 - Evenblij, K., Pasman, H. R., van der Heide, A., Hoekstra, T., y Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2019). Factors associated with requesting and receiving euthanasia: a nationwide mortality follow-back study with a focus on patients with psychiatric disorders, dementia, or an accumulation of health problems related to old age. *BMC Medicine*, 17(1), 1-12.
 - Fabro, C. (1983). *Introduzione a San Tommaso*. Milán: Ares.
 - Gamliel, E., Levi-Belz, Y. (2016). To end life or to save life: Ageism moderates the effect of message framing on attitudes towards older adults' suicide. *International Psychogeriatrics*, 28(8), 1383-1390.

- Gómez-Moreno, C., et al. (2019). Perceptions of aging and ageism among Mexican physicians-in-training. *Clinical and Translational Oncology*, 21(12), 1730-1735.
- Guardini, R. (2015). *Las etapas de la vida: Su importancia para la ética y la pedagogía*. Madrid: Palabra.
- Haber, C. (2004). Anti-Aging Medicine: The History: Life Extension and History: The Continual Search for the Fountain of Youth. *The Journals of Gerontology*, 59(6), 515–522.
- Hernández, D., Aldana, G., García G., y Contreras, T. (2017). Evaluaciones sobre la percepción de jóvenes universitarios hacia la vejez y el proceso de envejecimiento. *Revista Electrónica de Psicología Iztacalca*, 20(4), 1536-1551.
- Inghelbrecht, E., Bilsen, J., Mortier, F., y Deliens, L. (2010). The role of nurses in physician-assisted deaths in Belgium. *Canadian Medical Association Journal*, 182, 905–910.
- Kane, M. (2004). Ageism and intervention: What social work students believe about treating people differently because of age. *Educational Gerontology*, 30, 767–784.
- Khan, S., Singer, B. D., y Vaughan, D. (2017). Molecular and physiological manifestations and measurement of aging in humans. *Aging cell*, 16(4), 624-633.
- Lachs, M. S., y Pillemer, K. A. (2015). Elder abuse. *New England Journal of Medicine*, 373(20), 1947-1956.
- Lee, J., Yu, H., Cho, H. H., Kim, M., y Yang, S. (2020). Ageism between medical and preliminary medical persons in Korea. *Annals of Geriatric Medicine and Research*, 24(1), 41-49.
- Lee, K. M., Volans, P. J., Gregory, N. (2003). Attitudes towards psychotherapy with older people among trainee clinical psychologists. *Ageing & Mental Health*, 7(2), 133–141.
- Li, Z., et al. (2021). Aging and age related diseases: from mechanisms to the-

rapeutic strategies. *Biogerontology*, 22(2), 165-187.

- McDonald, R. B. (2019). *Biology of Aging*. New York: CRC Press.
- Medvedev, Z. A. (1990). An attempt at a rational classification of theories of ageing. *Biological Reviews of the Cambridge Philosophical Society*, 65(3), 375-398.
- Palmore, E. (2004). Research note: ageism in Canada and the United States. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 19(1), 41-46.
- Punchik, B., et al. (2021). Ageism among physicians and nurses in Russia. *Rejuvenation Research*, 24(4), 297-301.
- Rosenberg, A. (2005). Defending information-free genocentrism. *History and Philosophy of the Life Sciences*, 27(3/4), 345-359.
- Rush, B. (1797). *Medical Inquiries and Observations*. Philadelphia: Thomas Dobson.
- Sadler, T. W. (2019). *Langman's Medical Embryology*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Serani, A., Besio, M. (2014). *Sabiduría, naturaleza y enfermedad*. Santiago de Chile: Ediciones UC.
- ----- (2020). *Naturaleza y vida humana*. En A. V. Durruty (ed.). *El camino de la persona* (pp. 69-85). Santiago de Chile: Ediciones Universidad San Sebastián.
- -----, Carreño, J. E. (2021). *Morfogénesis y envejecimiento del viviente corpóreo*. En Mario Correa et al., (ed.). *Las razones del Derecho. Estudios en honor de José Joaquín Ugarte Godoy* (pp. 123-144). Santiago de Chile: Thomson Reuters.
- Tosato, M., Zamboni, V., Ferrini, A., y Cesari, M. (2007). The aging process and potential interventions to extend life expectancy. *Clinical Interventions in Aging*, 3(2), 401-412.

- Uncapher, H., y Areán, P. (2000). Physicians are less willing to treat suicidal ideation in older patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48, 188–192.
- US Census Bureau. (2021). Population Estimates and Projections. Disponible en: https://acl.gov/sites/default/files/Aging%20and%20Disability%20in%20America/2020ProfileOlderAmericans.Final_.pdf
- Van den Heuvel, W. J. (2012). Discrimination against older people. *Reviews in Clinical Gerontology*, 22(4), 293-300.
- Van Der Geest, S., y Niekamp, A-M. (2003). Ageism and euthanasia in the Netherlands: Questions and conjectures. *Mortality*, 8(3), 296–304.
- Van Den Noortgate, N., y Van Humbeeck, L. (2021). Medical assistance in dying and older persons in Belgium: trends, emerging issues and challenges. *Age and Ageing*, 50(1), 68-71.
- Weinert, B., y Timiras, P. (2003). Theories of aging. *Journal of Applied Physiology*, 95, 1706–1716.

LA RELEVANCIA DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL DESARROLLO DE LA SALUD EMOCIONAL EN ADULTOS MAYORES: CLAVES EN LA PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN

M^aRosario Limón Mendizabal.

Facultad de Educación-Universidad Complutense de Madrid.

Correspondencia: mrlimonm@ucm.es

María E. Chalfoun Blanco.

Facultad de Educación-Universidad Complutense de Madrid.

Correspondencia: marchalblanc@gmail.com

Resumen

Conocer el estado de la salud mental tras el impacto de la crisis socioeconómica y sanitaria originada por la pandemia es prioritario para poder paliar sus efectos. Las estadísticas van con mucho retraso, y en esta ocasión la recogida de datos no revela la auténtica realidad sobre la salud de las personas pues el confinamiento establecido por el estado de alarma ha dificultado la interpretación de los mismos pues las consultas médicas se redujeron durante la pandemia, sobre todo entre los más mayores. Sólo hay constancia de que solo un 20,5% de la población entre 16 y 74 años accedió a servicios de salud online.

Los cuadros depresivos afectan cada vez a un número mayor de personas abriendo la puerta a una *pandemia silenciosa*: el suicidio.

Datos anteriores a la pandemia de la COVID revelaban la media de nueve personas por la que cada día se quitaban la vida en España. Desde la década de los 90, el suicidio se ha cobrado 33.677 vidas en los últimos 10 años, a un ritmo constante de más de 3.000 muertes anuales. El año que más suicidios hubo fue en 2004, con 3.507 fallecimientos. Los datos fluctúan, pero según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), desde 2008, el suicidio se ha convertido en la primera causa de muerte no natural.

Según las previsiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es la causante de las conductas suicidas y se configura como la primera causa de discapacidad en un futuro próximo.

Palabras clave:

Depresión, Suicidio, Intervención Educativa, Envejecimiento Saludable

Abstract

Knowledge about socioeconomic and health crisis impact on mental health's position, after pandemic state of alarm, is a priority in order to mitigate its effects. Statistic data is not updated, and in this occasion the information collected does not reveal the true reality about people's health, since confinement established by the state of alarm has made it difficult to interpret them, since medical consultations were reduced during the pandemic, especially among the elderly. There is evidence that only 20.5% of the population between 16 and 74 years of age accessed to online health services.

Depressive symptoms affect to an increasing number of people, opening the door to a silent pandemic: suicide.

Data given before Covid pandemic revealed that an average of nine people suicided every day in Spain. Since the 1990s, suicide has claimed 33,677 lives in the past 10 years, at a steady rate of more than 3,000 deaths annually. The year with the most suicides was 2004, with 3,507 deaths. The data fluctuates, but according to those given by the National Institute of Statistics (INE), since 2008, suicide has become the leading cause of unnatural death.

According to World Health Organization's forecasts, depression is the cause of suicidal behavior and it will become the leading cause of disability in a near future.

Descriptors:

Depression, Suicide, Educational Intervention, Healthy Aging

La salud emocional, clave en la prevención del suicidio

Es indudable que la vuelta a la "nueva normalidad", en la desescalada para salir del confinamiento impuesto, ha dejado lugar a una situación de *tristeza patológica* provocada por una serie de factores como el aislamiento social, la pérdida

de productividad laboral, la pérdida de seres queridos, las consecuencias de los costes económicos, la pérdida de la vivienda, etc.

De siempre la inexistencia de políticas de prevención e intervención de los poderes públicos para atajar la temática del suicidio han sido insuficientes. En el análisis de varios informes de la OMS destaca el déficit mundial de inversión en salud mental; en este mismo documento se denuncia que no se han cumplido las metas fijadas para 2020. Por ello, el Plan de Acción sobre Salud Mental se ha ampliado hasta 2030 dando una nueva oportunidad de ponerse al día para ofrecer las intervenciones adecuadas en el tratamiento de la depresión. En octubre de 2021 se publicó el nuevo Atlas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud revelando un decepcionante panorama en la prestación de los servicios de salud mental. Dicho documento se publica cada tres años y recopila datos proporcionados por países de todo el mundo sobre políticas, legislación, financiación, recursos humanos, etc., en materia de salud mental. Es también, un medio para auditar los avances hacia el cumplimiento de las metas del Plan de Acción Integral sobre Salud Mental de la OMS.

En 2020, solo el 51% de los 194 Estados Miembros de la OMS informaron de que su plan de salud mental estaba en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos, este porcentaje queda muy por debajo de la meta establecida en el 80%. Por otro lado, solo el 52% de los países cumplieron el objetivo sobre los programas de promoción y prevención de la salud mental, porcentaje también muy inferior a lo establecido. La única meta para 2020 que se cumplió fue la reducción de la tasa de suicidio en un 10%, pero, incluso entonces, solo 35 países dijeron que tenían una estrategia, política o plan de prevención independiente, y en este último supuesto hay que tener en cuenta las defunciones causadas por la infección vírica que pueden haber afectado estos datos.

En sus conclusiones manifiesta la preocupación de que se invierta más: pues no hay salud sin salud mental. Vivimos en sociedades estresadas que propician la enfermedad mental, y que están avocadas a la extinción.

Sociedades estresadas

Las sociedades materialistas consideran la vida humana como algo útil y pla-

centero, olvidando su valor intrínseco. La concepción elitista de la persona que distingue entre *persona humana y real* y *ser sólo biológicamente humano* que conduce a querer quitar la vida a seres que, por el motivo que fuere, pudiesen suponer una carga.

Una sociedad estresada ofrece siempre una visión complaciente y hedonista de la vida donde todo debe ser agradable y perfecto y donde el dolor y la contradicción se consideran fracasos, se oculta y se aísla lo que disgusta. La sociedad actual se rige por principios utilitaristas, donde las personas no productivas, ya sea por discapacidad, enfermedad o edad— son frecuentemente descartadas o marginadas por el sistema.

Una sociedad materialista que invita a un consumismo extremo nos mantiene en un estado de permanente insatisfacción y sometimiento, donde todo se usa y tira para comprar algo nuevo y mejor. Esta visión produce un estado permanente de insatisfacción y vacío que paradójicamente malgasta los recursos naturales y elevando los niveles de contaminación.

La sociedad del libre mercado, tecnológicamente avanzada, es una sociedad no sostenible pues conlleva contradicciones al imponer un ritmo trepidante, fomentando la necesidad de producir y consumir en despilfarro. Los informes sobre los índices de crecimiento sólo se basan en el Producto Interior Bruto y desechan todo lo referente al capital humano. La producción debe ser infinita y sin tregua para alcanzar más beneficios y si no es así, vienen los “reajustes”, los despidos lo que conlleva a situaciones dramáticas para muchos.

Lo que se aprendió tras la penúltima crisis económica de 2008 — que tantos suicidios causaron, se ha quedado en el olvido. Actualmente, estamos experimentando los efectos de la pandemia del COVID-19; desde la población civil ha salido a relucir lo mejor y lo peor de cada uno. Cobran importancia los conceptos de solidaridad y resiliencia frente al egoísmo y la desesperanza; de inclusión frente a la marginación, de sostenibilidad y reciclaje frente al consumismo extremo.

Los efectos de estas sociedades se traducen en un aumento de la exclusión, opresión, violencia, depresión y suicidio, que dista muy lejos de ser sociedades del desarrollo y del bienestar. Y si concurren crisis económicas, sanitarias y bélicas se manifiestan incapaces de sobrevivir.

FACTORES QUE INFLUYEN NEGATIVAMENTE EN LA SOCIEDAD



Elaboración propia

Es prioritario poner en primer plano el valor social de las personas mayores, dependientes o enfermas. Necesitamos una educación que ayude a descubrir la dimensión de servicio de las diversas profesiones, a crear una sociedad civil activa y fuerte, a plantear un diálogo público sobre cuestiones morales. Tenemos una nueva oportunidad, es el momento de educar para avanzar hacia una sociedad más sana.

Datos sobre la depresión

La edad es un factor relevante en los cuadros depresivos: en la adolescencia y en la vejez se detectan más. Los adolescentes se enfrentan a situaciones de fracaso escolar, maltrato o abuso que ocurren en el colegio, un desengaño amoroso, el divorcio de los padres o conductas de imitación. Por otro lado, los ancianos forman el principal grupo de riesgo. Ellos se ven afectados por la pérdida de poder adquisitivo unido a la jubilación, la pérdida de la pareja, las enfermedades crónicas, y los problemas familiares.

La depresión es un síndrome geriátrico y es el trastorno afectivo que se presenta con mayor frecuencia en las personas mayores y que se manifiesta con una sintomatología caracterizada por trastornos del apetito, del sueño, pérdida de interés, apatía, pesimismo, fatiga, aislamiento, irritabilidad, deseo de muerte, sentimiento de culpa, dificultad para tomar decisiones y alteraciones del funcionamiento cognoscitivo; atención y memoria (Limón y Ortega, 2021,p.243).

El aislamiento social es otro síndrome vinculado a la depresión: el aislamiento y la falta de contactos sociales fruto de las dificultades de las personas de edad avanzada para formar parte de la comunidad provocan soledad y una imagen negativa y que la persona se cuestione si es útil para la sociedad con las consiguientes consecuencias en el autoconcepto y percepción de la imagen corporal.

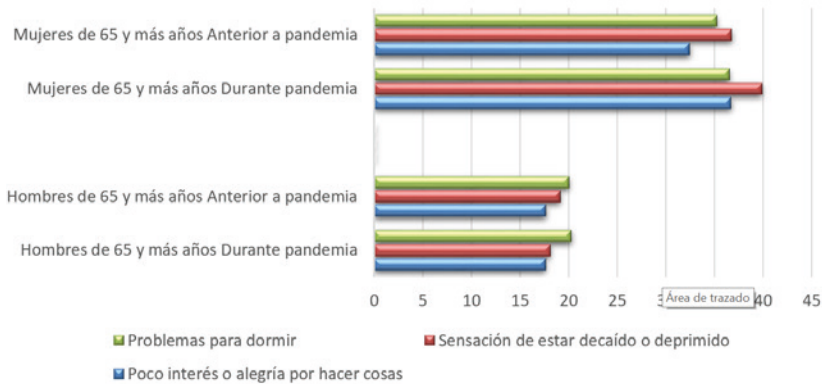
Según los datos recogidos sobre España de la última Encuesta Europea De Salud realizada entre julio de 2019 y julio de 2020, se constató un incremento en el porcentaje de población que experimentó sensación de estar decaído o deprimido, con problemas para dormir y con poco interés o alegría por hacer las cosas siendo esta diferencia más significativa entre hombres y mujeres de 65 años en adelante.

EFEECTO DE LA PANDEMIA EN LA SALUD MENTAL



Elaborado según datos INE (2021)

EFFECTO DE LA PANDEMIA EN LA SALUD MENTAL EN MAYORES



Elaborado según datos INE (2021)

Hay que tener en cuenta que estos datos han sido recogidos mediante una encuesta. Los datos reales sobre la salud de las personas durante el confinamiento son difíciles de interpretar pues las consultas médicas, debido al aislamiento impuesto, se redujeron durante la pandemia, sobre todo entre los más mayores. Sólo hay constancia de que solo un 20,5% de la población entre 16 y 74 años accedió a servicios de salud online.

Factores de riesgo en el desarrollo de la depresión

Partiendo de los datos obtenidos en el Instituto Nacional de Estadística desde 2008, son las mujeres quienes tienen mayor riesgo de padecer trastornos de ansiedad, las posibles causas pueden ser los cambios hormonales, roles culturales, discriminación laboral, ser usualmente quienes cuidan de otras personas en el ámbito familiar, y por el hecho de ser quienes acuden al médico con más frecuencia para tratar su ansiedad.

El entorno familiar también se constituye como factor determinante. La existencia de dinámicas familiares tóxicas, como son los comportamientos sobreprotectores, abuso, y violencia pueden tener como efecto situaciones traumatizan-

tes. La desestructuración de las familias, divorcio, malos tratos son situaciones traumáticas que influyen negativamente en la estructura de la personalidad de los niños y adolescentes. La falta de amor, de una comunicación abierta, las carencias de cuidado y afecto pueden causar daños en las personas integrantes del núcleo familiar.

Desde un punto de vista personal, la tendencia a las adicciones como el tabaquismo, el alcoholismo, y el consumo de otras drogas incrementa el riesgo de trastornos de ansiedad. Asimismo, los pacientes que sufren enfermedades crónicas y dolor físico prolongado pueden derivar en depresión.

Los factores socioeconómicos, como la discriminación cultural en inmigrantes; la pérdida de trabajo y de vivienda han sido claves en el aumento de las personas afectadas de estados de ansiedad y de depresión.

FACTORES DE RIESGO EN LA DEPRESIÓN



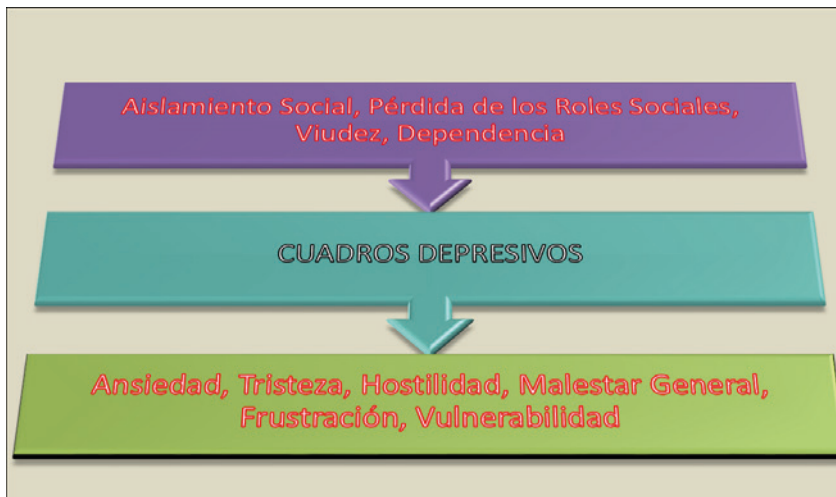
Elaboración propia

Por último, la edad de las personas se configura como un factor de riesgo en el desarrollo de los cuadros depresivos. Durante el envejecimiento de las personas au-

mentan los sentimientos de aislamiento social al perder los roles sociales debidos a la jubilación con respecto a la vida laboral, pérdida de poder adquisitivo, cambios en la estructura familiar debido a estados de viudez, enfermedades crónicas, la pérdida de autonomía al depender de otros para realizar las actividades diarias, etc.; todo lo cual propicia cuadros depresivos derivados del aumento de la ansiedad, tristeza, hostilidad, malestar general, frustración y sentimientos de vulnerabilidad.

La pandemia producida por el COVID-19 ha afectado de forma dramática a los adultos mayores. Los mayores de 70 años suponen el 86 % de los fallecidos en España y representan el 37 % de todos los infectados diagnosticados, según los datos otorgados por el Ministerio de Sanidad de España (14/06/2020).

LA EDAD COMO FACTOR DE RIESGO EN EL DESARROLLO DE LA DEPRESIÓN



Elaboración propia

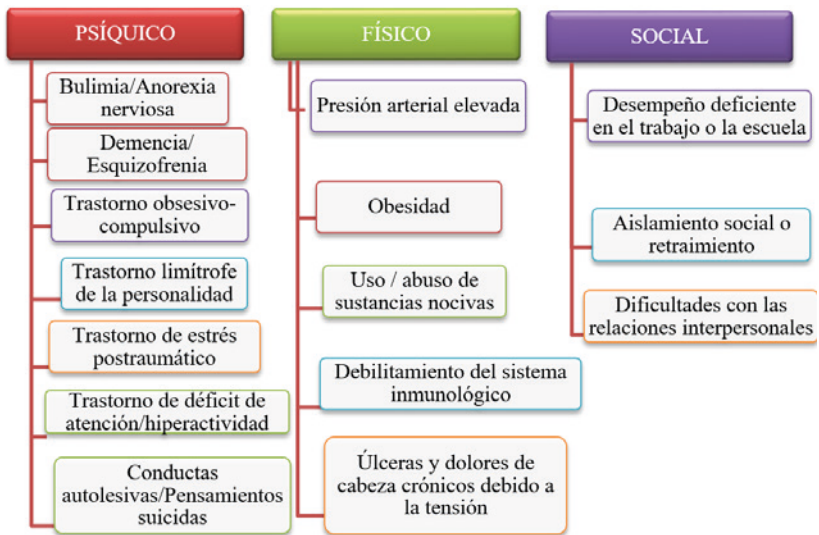
Problemas derivados de la depresión

La depresión lleva a la persona a vivir en un estado de angustia y malestar permanente, en la que dominan sentimientos de tristeza profunda, irritabilidad, decaimiento, ausencia de entusiasmo, desgana por todo. La sensación más

frecuente es la vivencia de estar en un túnel sin salida. Se produce un aislamiento intrapersonal, un encerramiento profundo: La relación con los otros disminuye, crece la dificultad de comunicarse con los demás, incluso con personas más allegadas. No se disfruta de actividades lúdicas, hay desgana. Los ritmos circadianos se alteran afectando a los estados de sueño y vigilia, y aparecen los trastornos de alimentación como anorexia o bulimia.

El nivel energético es muy bajo, por lo que se vive en un estado de cansancio permanente. Aparece un pesar en el alma y una angustia insoportable que distorsiona la experiencia real y se vive la desesperación.

PROBLEMAS DERIVADOS DE LA DEPRESIÓN



Elaboración propia

La intervención educativa

La depresión es la antesala de otras enfermedades mentales que puede conllevar al suicidio. Sin embargo, conviene diferenciar los comportamientos suicidas: aquellos en los que no se ha comprobado la existencia de una psicopatología anterior (suicidio y salud mental) y los que tienen como base un trastorno mental (suicidio y psiquiatría).

De acuerdo con el criterio de la OMS el suicidio no constituye una enfermedad en sí, tampoco es una manifestación de una enfermedad, sin embargo, los trastornos mentales sí constituyen un factor muy importante asociado con el suicidio. Antes de la pandemia y según datos ofrecidos por esta organización, el riesgo de suicidio en personas con depresión era del 6 al 15%; los causados por el alcoholismo del 7 al 15%; los casos de esquizofrenia constituyeron del 4 al 10%; y que alrededor del 80% o del 90% de los suicidios lo realizaron personas que padecían un trastorno psiquiátrico.

Tras la pandemia esto ha variado. Actualmente, existen varios factores de riesgo asociados con el suicidio que van más allá del factor de la salud mental: el dolor crónico o una angustia emocional aguda, el miedo a enfermar son factores desencadenantes. No se puede olvidar el hecho de que se han vivido momentos donde el debate sobre el *triaje* (clasificar a los pacientes a partir del grado de urgencia) y la difícil decisión sobre a quién dar prioridad donde las personas frágiles ya bien por discapacidad, salud o edad han sido descartadas o marginadas por el sistema. La edad no puede ser por sí misma un criterio para decidir, como tampoco la calidad de vida limitada por algún tipo de discapacidad, y sobre todo inaceptable en las denominadas sociedades democráticas basadas en el estado del bienestar.

Por ello uno de los objetivos del Plan de Acción Integral de Salud Mental 2013-2030 propuesto por la OMS abogan por la intervención no solo al sector de salud sino de otros profesionales pertenecientes a otras áreas, como las de fuerzas de seguridad, los profesionales de los medios, trabajo comunitario y el ámbito educativo.

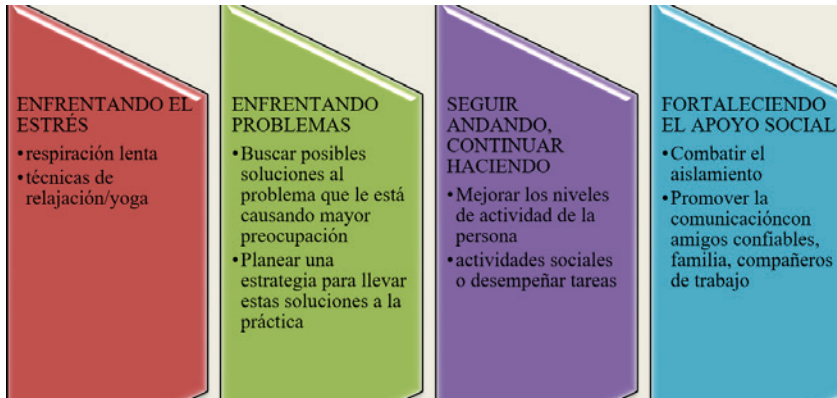
La intervención educativa para la prevención de la depresión se aplicaría a distintos niveles y en referencia a distintos aspectos:

- Realización de campañas de concienciación sobre la salud mental. Luchar contra el estigma
- Programas de promoción de la salud mental
- Programa de prevención del suicidio
- Prevención y promoción de la salud mental en la primera infancia
- Prevención y promoción de la salud mental en la escuela
- Prevención y promoción de la salud mental de padres y madres
- Prevención y promoción de la salud mental en el ámbito laboral
- Prevención y promoción de la salud mental en los mayores
- Programas de preparación para desastres y/o riesgo de desastres

El propósito de la intervención educativa se centraría en la modificación de conductas disfuncionales, a cambiar pensamientos negativos distorsionados, canalizar la angustia, controlar la desesperación, y aprender a gestionar el dolor y el sufrimiento. Las situaciones de crisis forman parte de la vida misma. En algún momento del proceso vital, se atraviesan situaciones difíciles, que pueden derivar en estados de confusión y angustia. La intervención educativa ayuda a analizar y a canalizar estas situaciones buscando afrontar la dificultad y poniendo en marcha habilidades y mecanismos para salir adelante.

La OMS ha elaborado manuales breves sobre intervenciones psicológicas para la depresión que pueden ser administradas por trabajadores no especializados a personas y grupos. Uno de estos manuales describe una terapia de resolución de problemas - Enfrentando Problemas Plus (EP+), la intervención es educativa y siempre se busca la colaboración de la persona. Consiste en dos sesiones de evaluación, sesiones de intervención que se realizan una vez por semana durante cinco semanas. Todas las sesiones son individuales. No incluye el diagnóstico de trastorno mental, pero es aplicable a personas que sufren trastornos de ansiedad.

MODELO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA EP+



Es un modelo eficaz a nivel comunitario, incluidos en Centros de Salud. La persona afectada distingue sus patrones de pensamiento negativo y los reevalúa, pone en práctica las nuevas habilidades aprendidas en las sesiones con nuevas conductas.

Otro procedimiento es el modelo PRECEDE (Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation). Se configura como un método de trabajo de análisis de conductas y de identificación de factores predisponentes, facilitadores, reforzantes y condicionantes. Constituye un marco de evaluación de ayuda para planificar los programas de salud mental.

Ayuda a analizar conductas personales y a determinar cuáles son los factores relacionados para minimizar la ansiedad y depresión en hombres y mujeres. En esta intervención se desglosan los factores que influyen negativamente en las alteraciones emocionales: como el desconocimiento de la enfermedad, influencia de estereotipos tóxicos (mass media, redes sociales), desconocimiento de técnicas para minimizar la ansiedad, poca predisposición para la resolución de problemas, la pérdida de contacto con la familia y amigos y ausencia de actividades de ocio.

Este modelo determina tres tipos de factores: los predisponentes que ejercen una influencia positiva o negativa para realizar una conducta propuesta en la intervención educativa; los facilitadores que impulsan y fomentan dicha conducta; y los reforzantes que afianzan la conducta.

MODELO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA EP+

FACTORES	ASPECTOS	DIFICULTAN LA CONDUCTA	FAVORECEN LA CONDUCTA
FACTORES PREDISPONENTES	Recopilación de información: ACTITUDES CREENCIAS IDEAS	Desconocimiento de medios de relajación Mass Media Estereotipos sociales Eliminación de mitos y creencias Relaciones sociales y familiares Eliminar conductas ansiosas y nerviosismo Vivir demasiado ocupado y estresado Gestión del estrés	Conocimiento de terapias alternativas Nivel de instrucción a la pareja Actitud positiva hacia el problema Conocer los beneficios de una vida sin estrés Conocer los problemas asociados a una mala alimentación Preocupación por la salud Gestión eficiente del estrés Teléfono de la Esperanza
FACTORES FACILITADORES	HABILIDADES PERSONALES Inteligencia Capacidad de Negociación y Resolución de Problemas HABILIDADES SOCIALES Recursos/Accesibilidad	Mala situación económica y laboral Falta de tiempo para llevar a cabo la conducta No disponer de tiempo libre o de ocio No sentirse querido	Buena situación económica-laboral Ocupación de la persona Disponibilidad de alimentos saludables Tiempo libre y de ocio Enfrentamiento eficaz a problemas
FACTORES REFORZANTES	APROBACIÓN SOCIAL (Familia y Amigos)	Eliminar situaciones violentas y excitantes Reducir las malas experiencias	Satisfacción personal de llevar a cabo una buena relajación y respiración Influencia positiva de la familia y amigos Reforzamiento de conductas con mensajes claves Satisfacción personal Apoyo recibido de la pareja, familia y amigos
FACTORES CONDICIONANTES		Tiene en cuenta la posibilidad de recaídas	

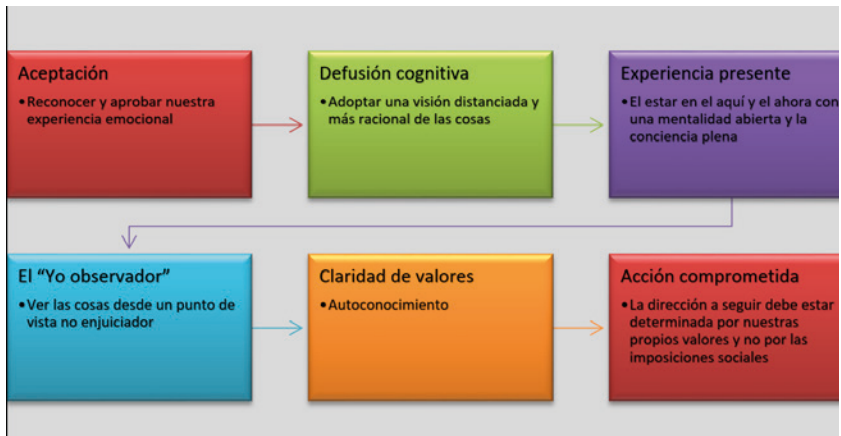
La lucha contra el aislamiento, sobre todo en el colectivo de adultos mayores, se configura como objetivo en el que hay que incidir mediante la intervención educati-

va. La dimensión social del hombre y de la mujer es fundamental para su desarrollo como persona. Cuando se establece la desvinculación con el entorno afectivo y la comunicación es escasa, surge un desinterés por todo lo demás. La vinculación y el sentimiento de pertenencia son fundamentales en el deseo de vivir.

Existen otros métodos que se basan en la educación de las personas afectadas por trastornos de ansiedad partiendo de una visión integral y completa de la situación en la que se encuentran. Esto es, su principal objetivo no es reducir los síntomas que presenta el paciente, sino reorientar su vida de una manera más holística. Esta metodología se integra dentro de las terapias de tercera generación. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), utiliza distintas técnicas como paradojas, ejercicios experimentales, metáforas, trabajo con valores personales e incluso el entrenamiento *mindfulness*.

Esto es, se parte del “aquí y ahora” centrando la atención en el momento presente, sin evitar lo que causa sufrimiento y malestar. Se incide con los significados del lenguaje, sus funciones y su relación con las emociones, los pensamientos, y los recuerdos. El paciente realiza un trabajo de autodescubrimiento: cuestionándose qué clase de persona quiere ser y qué es lo verdaderamente valioso en su vida.

TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)



Elaboración propia

Existe un miedo generalizado al sufrimiento, tememos lo desagradable, el dolor es incomprensible; esta cultura de complacencia invade toda la vida social, la cultura, las redes sociales, la publicidad, etc. El dolor físico como causa de un traumatismo tiene un punto basal, puede irradiarse hacia otras partes del cuerpo, pero se puede controlar. Sin embargo, el dolor efecto de un padecimiento neuronal perturba la movilidad y las acciones diarias. Éste último genera alteraciones del sueño, irritación, agresividad y falta de motivación para mantenerse activo. Mediante la ACT se acepta el dolor como parte inevitable de algunas vivencias, se trabaja sobre ello mediante la técnica del *mindfulness* y se llega al autodescubrimiento y a la clarificación de valores. Mediante este método se plantea que convivir con las dificultades ayuda a superarlas, se admite que el sufrimiento es parte de la vida, pero al mismo tiempo, la vida es más que los síntomas desagradables que experimentamos.

Al haber sido el colectivo de personas más afectadas por la situación derivada de la pandemia, la intervención educativa en adultos mayores es, sin lugar a duda, la más importante y quizás la más reivindicativa. Desde la OMS se ha propuesto el *Plan para la Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030*, que consistirá en “diez años de colaboración concertada, catalizadora y sostenida. Las personas mayores serán el eje central del plan, que aunará los esfuerzos de los gobiernos, la sociedad civil, los organismos internacionales, los profesionales, las instituciones académicas, los medios de comunicación y el sector privado en aras de mejorar la vida de estas personas, así como las de sus familias y comunidades. Ofrece la oportunidad de armonizar las acciones de los distintos sectores y partes interesadas y facilitar su colaboración en pro del envejecimiento saludable” (OMS, 2020).

Recogemos, a continuación, en esta figura los ingredientes del envejecimiento saludable, que señala Rojas Marcos (2018, pp.8-10; 2011*):

INGREDIENTES DEL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE MEJOR ESTUDIADOS Y MÁS RECETADOS

Rojas Marcos (2018)

Ejercicio físico	Pensamientos positivos	Cuidar la autoestima	Llevar el timón
Cultivar las funciones ejecutivas	Hablar y conectar	Pasar página Perdonar	Practicar el sentido del humor
Diversificar actividades y relaciones	"Voluntariar"	Adaptación y laboriosidad	*Cultivar la espiritualidad

Se debe recuperar lo alcanzado, desde antes del confinamiento por el estado de alarma sanitaria, en lo que se refiere a los siguientes aspectos:

- Lucha contra el edadismo, recuperar los principios de no discriminación por razones de edad en todos los aspectos.
- Mediante la iniciativa ciudadana, reclamar medidas legislativas que impidan la vulneración de derechos.
- Superar la imagen de vulnerabilidad impuesta durante la pandemia, volver a situaciones de empoderamiento.
- Exigir un equipamiento adecuado, tanto en lo material como en lo profesional, en las residencias de mayores, estas (la mayoría de ellas) tienen que dar un giro de 180° e incorporar a los educadores sociales en su plantilla.
- Invertir más en programas de apoyo social y acción comunitaria dirigida a mayores que viven solos en sus hogares
- Volver a impulsar la actividad educativa de los mayores en todos los espacios

socioeducativos, y a nivel universitario, en las aulas de mayores, aulas senior, etc. Sin duda, envejecer es un desafío y las personas mayores son muy diferentes y es hora de tenerlo en cuenta. Señala Ana Freixas (2022) que se trata a los viejos y viejas como si fueran todos iguales. Y es necesario el reconocimiento de la diferencia en la vejez.

Algunas conclusiones

El desarrollo de la depresión en las personas viene determinado por una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales. Inicialmente se afirmaba que las personas diagnosticadas con depresión tenían, en la mayoría de los casos, antecedentes familiares. Aunque también se reconocía que el peso de los factores externos como, por ejemplo, sufrir un trauma, la pérdida de un ser querido o cualquier otro hecho estresante podía desencadenar un episodio depresivo.

Sin embargo, desde hace más de una década, se ha incrementado la población afectada por cuadros de ansiedad. Las estadísticas así lo demuestran y la causa se está buscando en la forma de vida impuesta por una sociedad estresada. Impera el plantearse cómo combatir los efectos de una sociedad que enferma a las personas. Dar un valor relevante a la inclusión, a la solidaridad; incrementar los presupuestos dedicados a atender las necesidades de la población en aspectos de salud mental desde la transversalidad.

Se debe incidir en la intervención educativa como medio de prevención a la depresión. Enseñar cómo lidiar con la ansiedad y la depresión mediante el aprendizaje de nuevas habilidades que ayuden a gestionar vivencias dolorosas.

El bienestar emocional de las personas mayores es un aspecto clave para un envejecimiento saludable y activo. En el Informe Delors (UNESCO, 1996) se afirmaba que muchos problemas tienen su origen en el ámbito emocional, por lo que la educación emocional es una herramienta fundamental de prevención en el desarrollo cognitivo de las personas.

La gestión de las emociones incide en el proceso continuo e irreversible del envejecimiento a nivel funcional, celular y molecular. Una buena gestión de estas contribuye a mejorar la calidad de vida al permitir hacer frente a las enfermedades y la dependencia.

La necesidad de disfrutar de emociones positivas es, sin duda, prioritario para las personas mayores. Algunas de las emociones que están más presentes en las personas mayores son las siguientes (Limón y Ortega, 2021, pp.254-257): ansiedad y miedo; culpa; vergüenza; esperanza; desesperanza; tristeza y depresión; soledad; empatía, gratitud y compasión: son importantes en la vida cotidiana de las personas, especialmente en situaciones de enfermedad y dependencia.

Reiteramos la importancia de las emociones positivas como la felicidad, el optimismo, el humor, el apoyo social y el soporte emocional, entre otras, al considerarlas herramientas efectivas para enfrentarse a la enfermedad.

Ramona Rubio (2011, p.565) señala la necesidad del desarrollo de modelos de convivencia basados en el fomento de los contactos personales y de las redes sociales:

- a) Generalizar programas de teleasistencia, y programas interactivos aprovechando el uso de las nuevas tecnologías de comunicación.
- b) Promover y desarrollar programas de apoyo mutuo, convivencia y ocio entre familias, para prevenir y evitar las situaciones de soledad no deseadas.
- c) Promover y desarrollar programas y actividades que destaquen el valor de la autonomía y participación desde una perspectiva subjetiva, que motive a las personas que viven solas contra su deseo.

El paradigma del envejecimiento activo y saludable, a través de nuevas políticas y el desarrollo de programas adecuados, mejoran las condiciones de salud (previniendo la dependencia y promoviendo la independencia) y sirve para posibilitar una mejor calidad de vida y bienestar para las personas mayores.

BIBLIOGRAFÍA

- BOLETÍN INFORMATIVO DEL INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. La salud mental en la pandemia. Cifras INE 01/2021 https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INECifrasINE_C&cid=1259953225445&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FINECifrasINE_C%2FPYSDetalleCifrasINE

- CRUZ ROJA ESPAÑOLA. El impacto de la COVID-19 en la población atendida por Cruz Roja a través del Plan RESPONDE II. BOLETÍN SOBRE VULNERABILIDAD SOCIAL. Diciembre de 2021
- DELGADO LÓPEZ, M.F. (2016). Programa de educación para la salud dirigido a reducir la ansiedad y depresión en paciente de Atención Primaria. Grado de Enfermería. Universidad De Jaén. Facultad De Ciencias De La Salud https://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/2818/1/TFG_MARIA_FRANCISCA_DELGADO_LOPEZ.pdf
- DELORS, J. et al. (1996). La educación encierra un tesoro. Santillana.
- FREIXAS, A. (2022). Entrevista realizada a Ana Freixas. Boletín Informativo, nº 51, mayo. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología.
- LAHERA BASULTO, M. Intervención educativa para prevenir la depresión en el adulto mayor. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com Vol. XVII; nº 7; 250. 13 abril, 2022 <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/intervencion-educativa-para-prevenir-la-depresion-en-el-adulto-mayor/>
- LIMÓN MENDIZABAL, M. R. (2018). Envejecimiento activo: un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. Aula Abierta, vol. 47, (1), enero-marzo, 2018, pp. 45-54
- LIMÓN MENDIZABAL, M^a.R. y ORTEGA NAVAS, C. (2021). Envejecimiento Activo y Saludable: Desafíos, Estilos de vida y Medidas preventivas (Capt.IV, 211-293). En A. De- Juanas y C.Ortega (Coords). Calidad de vida en Personas Adultas y Mayores. Intervención educativa en contextos sociales. Madrid: UNED
- MARTÍNEZ DE MIGUEL LÓPEZ, S.; SALMERON AROCA, J.A. (2021). COVID-19 y su impacto para el trabajo educativo con personas mayores. Linguagem e Tecnologia, vol. 14, núm. 2, e33935, 2021. Universidad e Federal de Minas Gerais <https://www.redalyc.org/journal/5771/577168155010/html/>
- MARTINEZ – OTERO, V. y MARTIN RAMIREZ, J. (Eds.) (2020). Violencia y Salud Mental. Madrid: Universidad Nebrija

-
- MIGUEL LAMET, P. (Dir.,) VVAA. Suicidio: La epidemia silenciosa. AVIVIR. Revista del Teléfono de la Esperanza. Número 250. I Abril - Mayo - Junio 2013
 - OTERO, H. (2013). Suicidio, la epidemia silenciosa. AVIVIR. SUICIDIO La epidemia silenciosa. Revista del Teléfono de la Esperanza. Numero 250 I abril - mayo - junio 2013
 - ROJAS MARCOS, L. (2011). Nuestra incierta vida normal. Retos y oportunidades. Aguilar
 - ROJAS MARCOS, L. (2018). Aprender a envejecer. Revista Aula Abierta, vol. 47 (1), pp.7-11.
 - RUBIO HERRERA, R. (2011). La influencia de la soledad en las formas de vida y convivencia de los mayores (Capt. 14, pp.534-565). En Envejecimiento Activo. Libro Blanco. Madrid: IMSERSO
 - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Enfrentando Problemas Plus (EP+): Ayuda psicológica individual para adultos afectados por la angustia en comunidades expuestas a adversidad. Ginebra, OMS, 2016.
 - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental Health. Atlas 2020. Mental health atlas 2020. Geneva: World Health Organization; 2021. <file:///F:/supuestos%20pr%C3%A1cticos/art%20depresion/567706.pdf>
 - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact: Scientific brief, 2 March 2022 <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci-Brief-Mental-health-2022.1>

ENTRE LA VIDA Y LA MUERTE

Gregorio A. Gómez-Jarabo.

Profesor de la Universidad Autónoma de Madrid)

Correspondencia: gregojarabo@gmail.com

Resumen

En el presente trabajo quiero en primer lugar definir el grandioso e irrepitable milagro de la vida que debería comprometernos a su cuidado, atención y defensa y que sin embargo estamos favoreciendo y permitiendo la interrupción voluntaria del embarazo y de la vida. Desde una perspectiva legal, debemos recordar que el derecho a la vida está regulado en nuestra Constitución, el cual se limita a proclamar que “Todos tienen derecho a la vida”. Por ello, nuestro Tribunal Constitucional ha declarado que “la vida es un devenir, un proceso que comienza con la gestación, en el curso de la cual una realidad biológica va tomando corpórea y sensitivamente configuración humana, con un importante desarrollo posterior y que es un continuo sometido por efectos del tiempo a cambios cualitativos de naturaleza somática y psíquica que tienen un reflejo en el estatus jurídico público y privado del sujeto vital”, para terminar con la muerte (1).

En segundo lugar quiero establecer mi inmutable posición con respecto a la interrupción voluntaria del embarazo con la siguiente reflexión, ninguna mujer debería verse nunca forzada a realizar un aborto o someterse a una esterilización, los apoyos a la maternidad deberían ser tan poderosos que en las peores circunstancias personales y sociales de la madre pudiera sentirse orgullosa de seguir adelante con el embarazo. Pero también es cierto que en muchos casos el embarazo no es deseado e incluso es fruto de una violación en cuyo caso la embarazada es muy libre de interrumpir el proceso, de la misma manera que todos aquellos embarazos que conllevan un peligro cierto para la vida de la madre y un vida discapacitada para el neonato deben ser interrumpidos...

En tercer lugar los avances técnicos de la medicina moderna dispone de medios para prolongar la vida de las personas, incluso en situación de grave deterioro físico, pero también se dan casos en los que se producen agonías interminables y dramáticas, que únicamente prolongan y aumentan la degradación del moribundo. Para estos casos, la legislación debería permitir que una persona decidiera, voluntaria y libremente, ser ayudada a morir. Esta sería una muerte

digna, porque sería la expresión final de una vida digna.

Finalmente expongo y analizo el marco legal en el que se desenvuelven el aborto y la eutanasia para concluir con un claro y decidido apoyo a la vida.

Palabras clave

vida, muerte, marco legal, ética

Introducción

No puedo iniciar este trabajo sin la siguiente pregunta ¿cómo es posible que ante el maravilloso, único e irrepitible regalo personal e intransferible de la vida, una vez conseguida estemos tanto o más pendientes de quitarla, destruirla y vejara, (aborto, guerra, violencia...) que de mantenerla, mejorarla y cuidarla, (educación, sanidad, política social...)?, para colmo resulta que el grupo de los que creemos que hay que mantenerla, mejorarla y cuidarla en función del tiempo acabamos preguntándonos que elementos son imprescindibles para su sostenibilidad, hasta cuándo se puede mantener el derecho de atención y cuidados, para dar paso a la muerte como actor central del debate entre el cómo, cuando y donde debe producirse, callejón sin salida que termina desgraciadamente y a nuestro pesar con la aplicación de la eutanasia activa, pasiva e indirecta.

En mi opinión esto es lo que desgraciadamente hay entre la vida y la muerte, la interrupción voluntaria del embarazo ó aborto y la interrupción voluntaria de la vida ó eutanasia, independientemente de las innumerables circunstancias que ocurren y concurren en el desarrollo de la propia vida y que no son de menor importancia como las intoxicaciones, los accidentes, las enfermedades, la violencia, el suicidio, los homicidios y los asesinatos.

Puede ser también que la concepción actual de la sociedad está de hecho desdibujando las bases más sólidas de su soporte estructural que no son otra cosa que los valores éticos y morales y los sustituye por el materialismo, fanatismo, radicalismo, violencia, libertinaje etc.,.

En el mundo actual los temas a debatir, las motivaciones sociales, las exigencias de la calle son siempre vehiculizadas por cifras, todo está medido, catalogado y nu-

merado. Se publican estadísticas sobre cualquier cosa y aunque algunas de ellas preferiríamos ignorar me veo en la obligación de incorporar los datos de <https://www.alianzaporlasolidaridad.org> (2) y que quiero transcribir literalmente.

“Cada año, millones de mujeres deciden terminar de forma voluntaria su embarazo (la mayor parte en países en vías de desarrollo) y de ellas 47.000 mueren debido a abortos inseguros y otros cinco millones sufren lesiones graves. Sólo en América Latina, las víctimas de abortos inseguros suponen un 24% del total de muertes relacionadas con el embarazo y el parto, un índice que en muchos países de África Subsahariana asciende al 30-40%. Hoy, 22 millones de abortos se realizan cada año en condiciones de riesgo y en su mayoría son mujeres pobres y jóvenes que optan por interrumpir un embarazo no deseado sin garantías”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (3) admitió que entre 2010 y 2014 se realizaron casi 56 millones de abortos al año. Desde 2014, las cifras no han disminuido. En 2019, el número de muertes registradas se acercó a los 60 millones. Paradójicamente la principal causa de muerte en el mundo que son las enfermedades cardíacas, se cobraron la vida de menos de 10 millones de personas. Incluso combinadas, las 10 principales causas de muerte no mataron a tantas personas como el aborto.

Actualmente, Europa tiene unos 740 millones de habitantes: este es el número de bebés que han sido abortados y sacrificados en el mundo durante los últimos 15 años, además, se evita cuidadosamente decir que fueron asesinados: solo son embarazos interrumpidos.

En el caso de la eutanasia las cifras no se pueden contabilizar al no ser una práctica en principio habitual y suelen expresarse en porcentajes. Las estadísticas indican que las muertes por eutanasia y suicidio asistido suponen entre el 0,30% y el 4,5% en todo el mundo. El Instituto Nacional de Estadística (INE) (4) dio a conocer que en España hubo 427,000 defunciones en 2018, de las cuales el 0.35% fueran provocadas por la práctica de la eutanasia (31/01/2022 ed 360 Salud y bienestar).

Antecedentes

Los principios éticos de la sociedad actual son las reglas o normas por las que nuestra conducta debe regirse. Principios de acción y actuación que adquirimos al

asimilar las condiciones del grupo, país, estado o nación a la que pertenezcamos, proceso por el cual una persona aprende e interioriza, a lo largo de su vida, los elementos socioculturales de su medio ambiente, integrándose en la personalidad bajo la influencia de experiencias y de agentes sociales significativos, y adaptándose al entorno social.

Naturalmente estos principios pueden ser, teleológicos que determina el fin de las acciones humanas y deontológicas que determina si los actos son correctos sin tener en cuenta el fin. El mundo de hoy, caracterizado por la pluralidad y diversidad de creencias, requiere que los instrumentos por excelencia para la solución de controversias sean el conocimiento y los argumentos sólidamente fundados. La ética de nuestro tiempo ha de basarse en el conocimiento científico, probado y comprobado, y no en creencias particulares Van R. Potter (5).

Potter propuso el término bioética, la cual debía “cimentarse en la biología, ampliada más allá de sus límites tradicionales para incluir los elementos más esenciales de las ciencias sociales y las humanidades, con énfasis en la filosofía en sentido estricto, o sea, en el ‘amor a la sabiduría’”. La bioética, síntesis de conocimientos y valores, es para Potter una ética basada en el conocimiento científico.

El debate sobre aborto en el ámbito de la bioética tiene difícil solución desde el momento en que la concepción no es determinante para la asunción de derechos y es que además el derecho a la vida no es preeminente con respecto a los otros y por naturaleza son indivisibles, interdependientes, complementarios y no jerarquizables. Así mismo es incuestionable desde el punto de vista científico, que el ser humano, la persona, es el resultado del desarrollo ontogenético del neonato.

Por otra parte tenemos que hablar de la socialización para Rocher 1990 (6) es el proceso por cuyo medio la persona humana aprende e interioriza, en el trascurso de su vida, los elementos socioculturales de su medio ambiente, los integra a la estructura de su personalidad, bajo la influencia de experiencias y de agentes sociales significativos, y se adapta así al entorno social en cuyo seno debe vivir.

Son aspectos fundamentales de la socialización, familia, escuela, empresa, amigos, barrio, pueblo, ciudad, grupos sociales y profesionales de pertenencia y de referencia, medios de comunicación. A partir de lo cual aparece una socialización primaria son los primeros años, desde nacimiento hasta formación de conciencia

(8-10 años) y una socialización secundaria etapa que se inicia con la adolescencia hasta la adultez temprana (desde los 8/10 a los 22/25 años) y finalmente una socialización terciaria que ocupa prácticamente el resto de nuestra vida.

Por tanto, la socialización suministra las bases para la participación eficaz en la sociedad posibilitando que el hombre haga suyas las formas de vida prevalentes en el medio social y hace posible la existencia de la sociedad.

Las principales características de la socialización son, entre otras, la capacidad para relacionarse, de adaptarse a las instituciones, de inserción social, de convivencia con los demás, y de configurar la personalidad (McDonald, 1988)(7). Con lo que el resultado de la socialización es la integración social: Aquella forma de pertenecer a una sociedad en la cual se comparten mayoritariamente las normas, valores, bienes y servicios de la misma.

Marco Legal

Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (8).

Asume en su preámbulo que el desarrollo de la sexualidad y la capacidad de procreación están directamente vinculados a la dignidad de la persona y al libre desarrollo de la personalidad y son objeto de protección a través de distintos derechos fundamentales, señaladamente, de aquellos que garantizan la integridad física y moral y la intimidad personal y familiar.

La decisión de tener hijos y cuándo tenerlos constituye uno de los asuntos más íntimos y personales que las personas afrontan a lo largo de sus vidas, que integra un ámbito esencial de la autodeterminación individual. Los poderes públicos están obligados a no interferir en ese tipo de decisiones, pero, también, deben establecer las condiciones para que se adopten de forma libre y responsable, poniendo al alcance de quienes lo precisen servicios de atención sanitaria, asesoramiento o información.

El objeto de la presente Ley Orgánica es garantizar los derechos fundamentales en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, podrá interrumpirse el embarazo dentro de las primeras catorce semanas de gestación a petición de la embarazada.

da, siempre que se haya informado a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad y que hayan transcurrido al menos tres días, desde la información mencionada en el párrafo anterior y la realización de la intervención.

Excepcionalmente, podrá interrumpirse el embarazo por causas médicas cuando sin haber superado las veintidós semanas de gestación exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada y/o exista riesgo de graves anomalías en el feto.

Esta Ley va a ser modificada por el anteproyecto de Ley Orgánica (9) por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo aprobado en mayo del 2022, aunque no entrará en vigor hasta finales del 2022 o principios del 2023.

El anteproyecto permite el aborto a menores de 16 y 17 años sin permiso paterno en las 14 primeras semanas de embarazo. También incluye la baja laboral por regla dolorosa o por interrupción del embarazo, el permiso preparto para todas las embarazadas desde la semana 39 y la píldora del día después gratis.

Los poderes públicos, en el desarrollo de sus políticas sanitarias, educativas y sociales garantizarán:

- a)** El acceso público, universal y gratuito a los servicios y programas de salud sexual y salud reproductiva.
- b)** La generación y difusión efectiva de información de calidad sobre salud, derechos sexuales y reproductivos.
- c)** El tratamiento de la educación afectivo- sexual y la detección y abordaje de conductas de abuso y violencia.
- d)** El acceso a métodos anticonceptivos seguros y eficaces.
- e)** La eliminación de toda forma de discriminación y de las barreras que impidan el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos.
- f)** La educación sanitaria integral, con perspectiva de género, de derechos humanos e interseccionales, sobre salud sexual y salud reproductiva.

- g)** La información sanitaria sobre anticoncepción y sexo seguro, con especial atención a la prevención de las enfermedades e infecciones de transmisión sexual y de los embarazos no deseados.

Las profesionales sanitarias directamente implicadas en la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo podrán ejercer la objeción de conciencia, sin que el ejercicio de este derecho individual pueda menoscabar el derecho humano a la vida, la salud y la libertad de las mujeres que decidan interrumpir su embarazo.

A efectos organizativos y para una adecuada gestión de la prestación se creará en cada comunidad autónoma un registro de profesionales sanitarias que decidan objetar de conciencia respecto de la intervención directa en la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo.

Las Administraciones Públicas tomarán las medidas integrales y eficaces para prevenir, proteger, investigar, sancionar, erradicar y reparar las vulneraciones de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Las instituciones de atención sanitarias deberán tener disponibilidad de personal, por lo que será una excepción que se realicen en centros privados, donde en la actualidad se realizan el 85% de las intervenciones abortivas.

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD)(10) de Naciones Unidas, firmado por 179 países en El Cairo en 1994 acuerda que en ningún caso se promoverá el aborto como método de planificación familiar. Todos los gobiernos y organizaciones intergubernamentales o no gubernamentales deben reforzar su compromiso a favor de la salud de las mujeres a fin de tratar el aborto inseguro como problema de salud pública y de reducir la tasa de abortos mediante la creación de nuevos servicios de planificación familiar.

La prevención de embarazos no deseados debe ser siempre un área prioritaria y deben llevarse a cabo las acciones necesarias para reducir el número de abortos. Cualquier mujer que se enfrente a un embarazo no deseado debe tener acceso rápido a una información veraz y a asesoramiento profesional. Cualquier medida o cambio relativo a la interrupción voluntaria del embarazo dentro del sistema sanitario, debe ser determinado a nivel local o nacional de acuerdo con el procedimiento legislativo vigente a nivel estatal. En las circunstancias en las que el aborto sea legal, éste deberá practicarse en condiciones de seguridad. En todos los casos,

las mujeres deben tener acceso a servicios de calidad que permitan el manejo de cualquier complicación a causa de la interrupción del embarazo

El aborto inseguro se define como un procedimiento para poner fin a un embarazo donde, o bien las personas no poseen las habilidades necesarias o bien el entorno carece de unos estándares sanitarios mínimos, o bien se dan ambas circunstancias. Sin embargo, el número de abortos entre mujeres adolescentes y jóvenes continúa siendo alto e incluso se ha incrementado a lo largo de los diez últimos años en Europa.

En la unión europea se ha aprobado el uso de la mifepristona (11), también conocida como, píldora abortiva (RU-486), junto a una prostaglandina para interrumpir el embarazo. Este método ofrece a las mujeres una alternativa segura y efectiva al aborto quirúrgico. La mifepristona fue sintetizada en Francia y su uso se aprobó en Francia en 1988, en el Reino Unido en 1991 y en Suecia en 1992. Desde 1992, este fármaco se ha valorado como seguro y efectivo por la administración farmacéutica de más de treinta países en todo el mundo.

En la mayoría de los países, la práctica del aborto farmacológico está regulada de acuerdo con las leyes y normativas existentes para el aborto quirúrgico, que establecen tanto qué profesionales lo realizan como dónde puede llevarse a cabo. En España, aunque la mifepristona está aprobada para su uso tanto en centros públicos como privados, son muy pocos los centros del sector público que ofertan esta prestación donde se utiliza este método. Por ello, la mayoría de los abortos farmacológicos se realizan en centros privados, siendo costeados por las usuarias.

El número de abortos farmacológicos se ha ido incrementando lentamente y la escasa demanda puede atribuirse, en parte, a que el pago por acto médico no compensa de la misma manera a los profesionales en el procedimiento quirúrgico.

Años atrás era habitual, la deambulación de mujeres embarazadas buscando por distintos países clínicas que interrumpieran el embarazo y que pudieran costeárselo, ofreciendo una triste realidad para demasiadas mujeres en Europa (el turismo del aborto), además de discriminar a aquéllas con menos recursos económicos. Pero incluso en los países donde existen leyes sobre aborto no

restrictivas, las personas que defienden los derechos de salud sexual y reproductiva deben tener cuidado ya que, las leyes sobre interrupción del embarazo y el acceso a la misma con bajo coste, están siendo cuestionadas.

De forma sutil está aumentando el número de profesionales de la salud que rechazan practicar interrupciones voluntarias del embarazo basándose en la objeción de conciencia, al tiempo que se niegan a derivar a las mujeres a otros profesionales.

Se considera que existen en el proceso de desarrollo embrionario dos momentos especialmente relevantes. El primero lo constituye la etapa de implantación del embrión en la pared del útero materno, que acontece a lo largo de la segunda semana del desarrollo embrionario, por la que consolida la comunicación e interrelación biológica con la madre. El segundo momento de especial relevancia tiene lugar cuando el feto ya puede tener la capacidad para sobrevivir fuera del útero materno.

Si la lucha contra el aborto no se ha logrado ni con el modelo legal implantado en 1985 ni con el posterior de 2010, sino que, antes al contrario, el número de abortos que oficialmente se producen en España sigue mostrando unas cifras desorbitadas, y en particular después de instaurar el Anteproyecto de mayo del 2022.

No se trata de renunciar a principios éticos, sino de optar por un comportamiento o, al menos, por una decisión jurídica aplicada que no ignore el marco o contexto en el que va a aplicarse la misma y que, en el mismo sentido, tampoco deje de proteger el valor constitucional que supone la vida del no nacido, aunque sea por instrumentos no penales.

La mejor manera de atender dicha realidad social podría ser a través de una formulación diferente de los supuestos o conflictos al amparo de los cuales se permitiría la práctica del aborto, sin desatender la necesaria protección de la vida del no nacido en todos ellos, en lugar de declarar, como hace el texto, que el aborto es un acto ilícito fuera de los supuestos descritos pero no punible para la mujer.

Un tema delicado y a veces controvertido, la objeción de conciencia. En este asunto, resultan imprescindibles dos precisiones. Primera, que en el ámbito ju-

rídico la objeción de conciencia se entiende como una colisión de derechos. Segunda, que en el campo de la ética es más adecuado orientarla como un conflicto de valores sin prejuzgar si son derechos y, caso de que lo sean, de qué tipo. El ideal es que la conciencia moral funcione como norma interiorizada de la moralidad y pueda constituir la última instancia de apelación ética. Según esto, la responsabilidad moral de decidir ante la propia conciencia no puede ser sustituida por ninguna otra instancia impuesta: ni de carácter jurídico, médico, político, o religioso.

Rechazar desde la conciencia el mal moral del aborto es compatible con admitir, en determinadas y muy concretas circunstancias, que las leyes no lo penalicen como delito. Por eso mismo, el reconocimiento de la objeción no ampararía el deber básico del profesional sanitario de informar acerca de cómo y dónde debe dirigirse la mujer para poder ver resuelto su conflicto de valores y, si cabe, acceder a la prestación de un servicio en los términos previstos por la Ley.

Es necesario poner de manifiesto el drama de una mujer portadora del virus de inmunodeficiencia humana (VIH)(12), las mujeres en edad fértil portadoras del VIH, al igual que aquéllas que no tienen el virus se enfrentan a la decisión de tener o no descendencia. Sin embargo, en el caso de las mujeres seropositivas, el tema es más complicado por razones personales, familiares, sociales, culturales, religiosas y médicas. Con frecuencia, estas mujeres son estigmatizadas por el hecho de ser seropositivas y, si están embarazadas, también por su irresponsabilidad al ser sexualmente activas y quedarse embarazadas siendo portadoras del VIH, que se trasmite de madre a hijo/a durante el embarazo, el parto o la lactancia.

Las mujeres seropositivas también son estigmatizadas por demandar o realizar una interrupción voluntaria del embarazo. La estigmatización, entre otros factores, puede llevar a la mujer a acudir a centros poco cualificados en lugar de a los centros oficiales por miedo a que no se respete el principio de confidencialidad. Es un panorama trágico que sitúa a las mujeres en el papel de culpables y de víctimas.

En la actualidad, menos de una de cada diez personas que necesita tratamiento con antirretrovirales, lo está recibiendo en algunas partes de África, un tercio, o

una proporción aún mayor, de las mujeres embarazadas son portadoras del VIH o tienen SIDA.

Sin tratamiento, el riesgo de transmisión vertical del VIH es del 15-30%, porcentaje que se incrementa en un 5 a 20% con la lactancia materna. El riesgo de transmisión se reduce a menos del 2% con tratamiento profiláctico de antirretrovirales durante el embarazo y el parto. Ser seropositiva también aumenta el riesgo de sufrir abortos espontáneos, de anemia y hemorragias relacionadas con complicaciones e infecciones postparto.

Ninguna mujer debería verse nunca forzada a realizar un aborto o someterse a una esterilización. Ser mujer seropositiva y enfrentarse a un embarazo no deseado conlleva, en muchas sociedades, una fuerte carga de estigmatización. Ésta es aún mayor si la mujer es joven y no está casada y se agrava si decide interrumpir su embarazo. De la documentación existente sobre mujeres seropositivas y salud sexual y reproductiva convendría destacar la falta de respeto y desvalorización de la vida de estas mujeres.

Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (13).

La presente Ley pretende dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista, a una demanda sostenida de la sociedad actual como es la eutanasia, que se puede definir como el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento. La legalización y regulación de la eutanasia se asientan sobre la compatibilidad de los principios esenciales recogidos en la Constitución española.

Se ajusta la eutanasia a la actuación que produce la muerte de una persona de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, y que se lleva a cabo en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad o padecimiento incurable que la persona experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios.

El objeto de esta Ley es regular el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir, el procedimiento que ha de seguirse y las garantías que han de observarse.

La decisión de solicitar la prestación de ayuda para morir ha de ser una decisión autónoma, después de haber sido informada adecuadamente por el equipo sanitario responsable y el médico responsable, antes de la realización de la prestación de ayuda para morir, lo pondrá en conocimiento de la Comisión de Garantía y Evaluación que emitirá la resolución definitiva.

Una vez recibida la resolución positiva, la realización de la prestación de ayuda para morir debe hacerse con el máximo cuidado y profesionalidad por parte de los profesionales sanitarios, con aplicación de los protocolos correspondientes, que contendrán, además, criterios en cuanto a la forma y tiempo de realización de la prestación.

La prestación de ayuda para morir estará incluida en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud y será de financiación pública y los servicios públicos de salud, en el ámbito de sus competencias, aplicarán las medidas precisas para garantizar el derecho a la prestación de ayuda para morir. Por otra parte los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir podrán ejercer su derecho a la objeción de conciencia.

El principal argumento que se emplea para promover la legalización de la eutanasia, es el derecho a la muerte digna, expresamente querida por quien padece dolor y sufrimientos (14). El dolor y la muerte forman parte de la vida humana, a lo largo de toda la existencia, el dolor físico o moral está presente de forma habitual en todas las biografías humanas, absolutamente nadie es ajeno al dolor. El producido por accidentes físicos pequeños o grandes es compañero del hombre en toda su vida; el dolor moral (producto de la incomprensión ajena, la frustración de nuestros deseos, la sensación de impotencia, el trato injusto, etc.) nos acompaña desde la más tierna infancia hasta los umbrales de la muerte.

El dolor y su aspecto subjetivo, el sufrimiento forma parte de toda vida humana y de la historia de la humanidad. La muerte es el destino inevitable de todo ser humano, una etapa en la vida de todos los seres vivos que quierase o no, guste o no constituye el horizonte natural del proceso vital. La muerte es la culminación prevista de la vida, aunque incierta en cuanto a cuándo, dónde y cómo ha de producirse.

El dolor y la muerte no son obstáculos para la vida, sino dimensiones o fases de ella. Es natural tener miedo a morir, que se presenta como una ruptura traumática de destino incierto y desde luego, es natural sentir miedo a una muerte dolorosa. Si esta aversión se lleva al extremo, se convierte la huida del dolor en un valor absoluto, ante el cual todos los demás han de ceder. El miedo a un modo de morir doloroso y dramático puede llegar a ser tan intenso que, al anular todos los demás valores, puede conducir a desear la muerte misma como medio de evitar tan penosa situación. Este es, de hecho, el principal estímulo para quienes preconizan la aceptación legal y social de la eutanasia.

El derecho a una auténtica muerte digna incluye, el derecho a no sufrir inútilmente, a que se respete la libertad de su conciencia, a conocer la verdad de su situación, a decidir sobre sí mismo y sobre las intervenciones a que se le haya de someter, a mantener un diálogo confiado con los médicos, familiares, amigos y sucesores en el trabajo, a recibir asistencia espiritual.

El derecho a no sufrir inútilmente y el derecho a decidir sobre sí mismo amparan y legitiman la decisión de renunciar a los remedios excepcionales en la fase terminal, siempre que tras ellos no se oculte una voluntad suicida.

Frente al dolor físico, el profesional de la sanidad ofrece la analgesia; frente a la angustia moral, ha de ofrecer consuelo y esperanza. La deontología médica impone, pues, los deberes positivos de aliviar el sufrimiento físico y moral del moribundo, de mantener en lo posible la calidad de la vida que declina, de ser guardián del respeto a la dignidad de todo ser humano.

La técnica médica moderna dispone de medios para prolongar la vida de las personas, incluso en situación de grave deterioro físico, pero también se dan casos en los que se producen agonías interminables y dramáticas, que únicamente prolongan y aumentan la degradación del moribundo. Para estos casos, la legislación debería permitir que una persona decidiera, voluntaria y libremente, ser ayudada a morir. Esta sería una muerte digna, porque sería la expresión final de una vida digna.

Nuestras leyes no mencionan el término “eutanasia” en absoluto. Nuestras leyes no admiten el derecho a suicidarse, sin embargo, el suicidio no se considera delito por obvias razones prácticas: si el que quiere quitarse la vida lo logra, ya no hay a

quien castigar; y si no lo logra, amenazarle con la cárcel sólo servía para agravar sus deseos de suicidio.

La eutanasia es la provocación intencionada de la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal, a petición expresa de ésta, y en un contexto médico. Actualmente no procede utilizar los términos “Eutanasia involuntaria”, “Eutanasia pasiva” ni “Eutanasia indirecta”, porque son situaciones ajenas a esta definición de eutanasia

En los países donde está legalizada su práctica, la eutanasia se realiza a petición reiterada del paciente y con la supervisión de un equipo médico. El procedimiento es libre, autónomo, voluntario, intencionado, reflexionado y consciente, en el caso de que esta circunstancia no sea posible, cuando el testamento vital del paciente lo indique explícita y claramente.

La eutanasia debe diferenciarse del suicidio asistido, cuando es el propio paciente el que lleva a cabo la administración de los fármacos para acabar con su vida. El suicidio asistido es legal en jurisdicciones diferentes a la eutanasia.

En la historia de la eutanasia el ejemplo más clásico es el de la muerte de Sócrates con cicuta tras su condena por corromper a la juventud ateniense la referencia de Francis Bacon (1561-1626)(15), es obligada por su trabajo Eutanasia médica en la que llegó a distinguir entre la preparación del alma para la muerte y la muerte fácil del cuerpo humano.

La eutanasia, en su sentido moderno, ha sido fuertemente opuesta a la tradición judeocristiana Santo Tomás de Aquino (1225-1274)(16) se opuso, y argumentó que la práctica de la eutanasia contradecía nuestros instintos humanos naturales de supervivencia. Durante la ilustración, el suicidio y la eutanasia comenzaron a ser más aceptados.

A mediados del siglo xix, surgió el uso de la morfina para tratar los dolores de la muerte. Sin embargo no se recomendó para acelerar la muerte, no así el uso del cloroformo a principio del s. XX, de todas maneras el interés y el debate sobre la eutanasia se redujo, resurgiendo periódicamente, pero no volviendo al mismo nivel de discusión hasta la década de 1930 en el Reino Unido y fue precisamente con el rey Jorge V al que se le aplicó una mezcla letal de drogas, aunque se ha mantenido en secreto más de 50 años.

En Alemania el Aktion T4 es el nombre que tuvo, el asesinato en masa mediante la eutanasia involuntaria durante la Alemania nazi.

La eutanasia se clasifica de diferentes formas: directa e indirecta según el accionar médico, y voluntaria e involuntaria si se cuenta o no con el consentimiento del paciente informado y consciente.

Los partidarios de la eutanasia han presentado cuatro argumentos principales:

- a)** que las personas tienen derecho de autodeterminación y de elegir su destino;
- b)** ayudar a un sujeto a morir podría ser una mejor opción que requerir que continúen sufriendo;
- c)** la distinción entre la eutanasia pasiva permitida, y la eutanasia activa, es poco sólida; y
- d)** permitir la eutanasia no conducirá, necesariamente, a consecuencias inaceptables.

Los opositores también presentan cuatro argumentos:

- a)** no todas las muertes son dolorosas
- b)** están disponibles la combinación de tratamientos activos y alivios efectivos del dolor
- c)** la distinción entre eutanasia activa y pasiva es moralmente significativa
- d)** la legalización de la eutanasia llevará a la sociedad a consecuencias inaceptables

En el Informe del Comité de Bioética de España de 2020(17) sobre el final de la vida se indica, la inalienabilidad del derecho a la vida que condiciona, al mismo, en el sentido de no admitir su contenido negativo lo que a su vez deriva de su necesidad de conexión con la dignidad humana y la libertad.

La Asociación Médica Mundial (AMM)(18) reiteró en 2019 su compromiso con los principios de la ética médica y con que se debe mantener el máximo respeto

por la vida humana. Por lo tanto, la AMM se opone firmemente a la eutanasia y al suicidio con ayuda médica. La afiliación religiosa con la que cada persona se asocia no necesariamente se relaciona con su postura al respecto de la eutanasia.

Desde una perspectiva legal, debemos recordar que el derecho a la vida está regulado en el art. 15 de nuestra Constitución, el cual se limita a proclamar que “Todos tienen derecho a la vida”. En todo caso, la vida, más allá de su consagración como derecho por el ordenamiento jurídico, posee una dimensión que excede del mero reconocimiento de una facultad o derecho subjetivo, ya que no existe en función de un derecho, sino de un hecho de la naturaleza. Por ello, nuestro Tribunal Constitucional ha declarado que “la vida es un devenir, un proceso que comienza con la gestación, en el curso de la cual una realidad biológica va tomando corpórea y sensitivamente configuración humana, y que termina en la muerte; es un continuo sometido por efectos del tiempo a cambios cualitativos de naturaleza somática y psíquica que tienen un reflejo en el estatus jurídico público y privado del sujeto vital” (1).

El reconocimiento constitucional del derecho a la vida no supone atribución de facultad que permite el ejercicio del derecho, sino que constituye una garantía que prohíbe la violación del mismo, es decir, constituye un instrumento de protección de la vida.

El deseo de morir emerge, en muchas ocasiones, de unas condiciones sociales. No nace de una conciencia íntima, cerrada y aislada de las circunstancias. No se quiere morir sino vivir de otra manera. El deseo se construye, en parte, socialmente. Y el verdadero reto es cambiar dichas circunstancias. Y, por ello, triste es que la sociedad permita morir sin abordar estas reformas sociales que llevan a muchos a querer morir (De la Torre Díaz, J., 2019)(19).

Solo puede ser objeto de eutanasia la persona que manifieste una solicitud firme, consciente y libre, normalmente por la existencia de un estado de salud que resulte extraordinariamente gravoso y porque le produce un sufrimiento insoportable. Por lo general, las leyes de eutanasia identifican dos situaciones como paradigmáticas de ese sufrimiento insoportable: la enfermedad terminal y la enfermedad crónica grave. En sociedades pluralistas, individualistas y utilitaristas, ambos requisitos son percibidos como razonables y su conjunción justifica sobradamente que la persona pueda acceder a la prestación eutanásica.

Padecer un estado de salud particularmente gravoso, se relaciona con el principio de utilidad, según el cual el valor de la vida humana tiene relación directa con la capacidad de sentir placer, y su falta de valor con la capacidad de sentir dolor. La coherencia en la interpretación de este principio, y su concreta plasmación en la regulación de la eutanasia, conduce a considerar que la vida humana, en determinadas circunstancias, ya no merece la pena ser vivida.

Morir dignamente quiere significar:

-morir con el mínimo sufrimiento físico, psíquico o espiritual; sin dolor físico, con los recursos necesarios para lograrlo, aunque a veces la sensación de cierto dolor conlleva un efecto balsámico de sentirse aún vivo; bien informado, si lo desea, y no en la mentira falsamente compasiva, conociendo los datos relevantes sobre su propia situación clínica y pronóstico;

-morir en casa, si se puede y lo desea, arropado por un entorno acogedor y respetuoso; en compañía de sus seres queridos, no en soledad, y si lo prefiere, quizá en un ambiente de cierto placer sensorial (Conill, J. y Cortina, A 2010)(20).

Consideraciones finales

Con respecto a la interrupción voluntaria del embarazo en mi opinión creo que el camino de la contestación está perdido ha pasado a ser un tema más político que social y las opiniones vengan de donde vengan solo se canalizan con el derecho a las urnas.

Por su parte la eutanasia y/o auxilio al suicidio no son signos de progreso sino un retroceso de la civilización, ya que en un contexto en que el valor de la vida humana con frecuencia se condiciona a criterios de utilidad social, interés económico, responsabilidades familiares y cargas o gasto público, la legalización de la muerte temprana agregaría un nuevo conjunto de problemas. La solicitud del sujeto que pide la eutanasia y/o auxilio al suicidio está recogida en nuestro Código Penal, y ello explica que en España el ingreso en prisión por actos eutanásicos sea algo no solo insólito, sino desconocido en las últimas décadas.

La protección integral y compasiva de la vida nos lleva a proponer la protocolización, en el contexto de la buena praxis médica, del recurso a la sedación paliativa

frente a casos específicos de sufrimiento existencial refractario. Ello, junto a la efectiva universalización de los cuidados paliativos y la mejora de las medidas y recursos de apoyo sociosanitario, con especial referencia al apoyo a la enfermedad mental y la discapacidad, debieran constituir, ética y socialmente, el camino a emprender de manera inmediata, y no la de proclamar un derecho a acabar con la propia vida a través de una prestación pública.

Lo dicho, además, cobra aún más sentido tras los terribles acontecimientos que hemos vivido con la pandemia, cuando miles de nuestros mayores han fallecido en circunstancias muy alejadas de lo que no solo es una vida digna, sino también de una muerte mínimamente digna. Responder con la eutanasia a la deuda que nuestra sociedad ha contraído con nuestros mayores tras tales acontecimientos no parece el camino apropiado al que nos llama una ética del cuidado, atención y asistencia.

Bibliografía

- Sentencia 53/1985, de 11 de abril, del pleno del tribunal constitucional, en el recurso previo de inconstitucionalidad número 800/1983, que declara disconforme con la constitución el proyecto de Ley Orgánica por el que se introduce el artículo 417 bis del Código penal. BOE-T-1985-9096
- <https://www.alianzaporlasolidaridad.org> (28/09/2017)
- OMS 2012 Aborto sin riesgos: Segunda edición guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Impreso en Montevideo (Uruguay)
- España en cifras 2018 – INE <https://www.ine.es> › prodyser › espa_cifras › 2018
- Potter, V. R. Bioethics: the science of survival, adapted from chap. I of “Bioethics: Bridge to the Future”, by Van R. Potter; to be published Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey, 1971, pp. 127-153.
- Rocher, G. (1990). Introducción a la Sociología general. (11ª.ed.). Barcelona: Herder.
- McDonald, K.B. (1988). Social and Personality Development. An evolutionary

- synthesis. Nueva York: Plenum Publ. Corp.
- BOE núm. 55 de 04 de Marzo de 2010. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.
 - BOE» núm. 88, de 13 de abril de 2022 Ley Orgánica 4/2022, de 12 de abril por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre.
 - Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), el Cairo 1994, [http:// www.unfpa.org/icpd/icpd_poa](http://www.unfpa.org/icpd/icpd_poa).
 - Jones RK, Henshaw SK.«Mifepristona para el aborto farmacológico precoz: algunas experiencias en Francia, Reino Unido y Suecia».Perspectivas en Salud Sexual y Reproductiva 2002; 34: 154161.
 - Ramírez N, Díaz I (dir). Características Clínicas y Epidemiológicas de las Embarazadas Infeccionadas por VIH en Control Médico. [Trabajo final de especialidad en infectología]. [Valencia]: Universidad de Carabobo, 2013. Disponible en: <https://goo.gl/QCvny>
 - BOE núm. 72, de 25 de marzo de 2021. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.
 - Informe del Comité de Bioética de España sobre el Anteproyecto de Ley Orgánica para la Protección de la Vida del Concebido y de los Derechos de la Mujer Embarazada. 4 de abril de 2014
 - Bacon, F, Historia Vitae et Mortis, 1623; The Major Works by Francis Bacon, edited by Brian Vickers, p. 630
 - Santo Tomás de Aquino (1225-1274) Tractatus De Beatitudine Hurtado, Gaspar y Alviz, Luis y Enríquez de Villegas, Andrés y Montesinos, Luis y Merino, Doctor y Quiroga, Pedro de y Biedma, (1620), 2019.
 - Informe del Comité de Bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación. Reunión plenaria de 30 de septiembre del 2020.

-
- Asamblea General de la AMM en Georgia del 23 al 26 de octubre del 2019
 - De la Torre Díaz, J., “Eutanasia: los factores sociales del deseo de morir”, Revista Iberoamericana de Bioética, núm. 11, año 2019,
 - Conill, J. y Cortina, A., “La fragilidad y la vulnerabilidad como partes constitutivas del ser humano”, en De los Reyes López y Sánchez Jacob, M., Bioética y Pediatría, proyectos de vida plena, Ergon, Madrid, 2010, pp. 21 a 27

MONOGRAFÍAS DE LOS COMITÉS CIENTÍFICOS DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE MADRID

#ICOMEMReviews

COMITÉ DE PROFESIONALISMO DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE MADRID

Documento de Posicionamiento sobre la Proposición de Ley de Eutanasia en el Ejercicio de la Profesión

Cita: Alberto Alonso Babarro, Federico De Montalvo Jaaskelainen, Joaquín Calatayud Gastardi, Valentín Cuervas-Mons Martínez, Tomás Chivato Pérez, F. Javier Elola Somoza, Ángel Gil de Miguel, Javier Hermoso Iglesias, Celia Oreja-Guevara, Luis Rodolfo Collado Zurita, Marian Rojas Estapé, Carmen Valdés y Llorca, Carlos Amaya Pombo. Documento de Posicionamiento sobre la Proposición de Ley de Eutanasia en el Ejercicio de la Profesión. Monografías de los Comités Científicos del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid.

La Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia publicada en el Boletín Oficial de las Cortes Generales con fecha 17 de diciembre de 2020 indica en su preámbulo: *“La Ley pretende dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista, a una demanda sostenida de la sociedad actual como es la eutanasia. La eutanasia significa etimológicamente «buena muerte» y se puede definir como el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento. En nuestras doctrinas bioética y penalista existe hoy un amplio acuerdo en limitar el empleo del término «eutanasia» a aquella que se produce de manera activa y directa, de manera que las actuaciones por omisión que se designaban como eutanasia pasiva (no adopción de tratamientos tendentes a prolongar la vida y la interrupción de los ya instaurados conforme a la lex artis), o las que pudieran considerarse como eutanasia activa indirecta (utilización de fármacos o medios terapéuticos que alivian el sufrimiento físico o psíquico aunque aceleren la muerte del paciente —cuidados paliativos—) se han excluido del concepto bioético y jurídico-penal de eutanasia.”*

Resulta evidente el escaso debate social y político surgido respecto a la tramita-

ción de la Proposición de Ley y a sus implicaciones. El que se ha podido generar ha girado casi siembre en torno a dos posturas antagónicas, representadas, por un lado, por las ideas de “*santificación de la vida*” y, por otro lado, por la “*libertad de decidir sobre la propia vida*”.

En el último siglo las sociedades occidentales, y también sus respectivos sistemas sanitarios, se han caracterizado por una progresiva **tanatofobia**. La escasa atención a la etapa final de la vida hizo surgir, en el ámbito sanitario, la especialidad de cuidados paliativos y, en el ámbito social, ha dado lugar a iniciativas como las “*Ciudades Compasivas*” (promoción de la ayuda entre las personas de una comunidad para satisfacer las necesidades de los individuos que viven en soledad y con escasos medios económicos, especialmente de los que padecen enfermedades avanzadas) o los “*Death Café*” (promoción de espacios para hablar de la muerte y sus implicaciones). Todas estas iniciativas se pueden calificar como “incipientes” en nuestro país.

Las consideraciones realizadas sobre las razones esgrimidas para abrir una regulación legal de la eutanasia en base a una demanda sostenida de la sociedad actual como se indica en el preámbulo, y que han abierto un debate actual sobre la misma (envejecimiento de la población, aumento de las minusvalías, necesidad de ayuda social, etc.) valen también para el **desarrollo de la geriatría, los cuidados paliativos y las ayudas sociales**. En estos tres aspectos figuramos, en diversos enfoques, a la cola de Europa, debiéndose tener en cuenta que **estos subdesarrollos al no alcanzar niveles adecuados u óptimos de bienestar en lo social, cultural, político y económico, limitan la autonomía** de los pacientes.

Existe consenso sobre la necesidad de un desarrollo adecuado y completo de los cuidados paliativos previo a decidir poner en marcha una Ley de Eutanasia, como ha sucedido en los dos últimos países en promulgar este tipo de leyes (Colombia y Canadá), los cuáles publicaron primero leyes nacionales de cuidados paliativos asegurando un desarrollo que cubriera la totalidad del territorio tanto en el ámbito hospitalario como domiciliario. En nuestro país no ha sido así, y se ha realizado una Proposición de Ley de Eutanasia sin una legislación y desarrollo previo adecuado de los cuidados paliativos. Sirvan de ejemplo la posición que ocupa nuestro país en las clasificaciones internacionales sobre el desarrollo de los cuidados paliativos, al igual que las diferencias existentes entre

las diversas Comunidades Autónomas y la inexistencia de una formación adecuada mediante titulación especializada o como área de capacitación, mientras que existe prácticamente en todos los países de la Unión Europea.

El Contexto Eutanásico y el Afrontamiento del Sufrimiento al Final de la Vida

La Ley define dos tipos de supuestos como posible contexto eutanásico: 1) Padecimiento grave, crónico e imposibilitante (el paciente no puede valerse por sí mismo); 2) Enfermedad grave e incurable causantes de un sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable sin posibilidad de alivio y con un pronóstico de vida limitado. En ambos casos se deja en manos del **paciente la decisión de definir el sufrimiento consecuencia de su enfermedad, como intolerable.**

Enfrentarse, como profesionales sanitarios, a un sufrimiento intolerable en la práctica de la medicina requiere una **preparación específica**, que incluye habilidades de comunicación, formación básica en cuidados paliativos y la familiarización con recursos para su afrontamiento. Durante años esta formación ha estado ausente desde el punto de vista académico, tanto en el pregrado como a nivel de postgrado o como formación continuada de los facultativos. Existen numerosos estudios que no sólo demuestran esta escasa preparación específica, sino que enfatizan sobre cómo determinadas prácticas de la medicina pueden, al intentar prolongar la supervivencia como único objetivo, generar un mayor sufrimiento.

El sufrimiento intolerable tiene una escala de respuestas terapéuticas potenciales en la práctica de la medicina que pueden ir desde la adecuación del esfuerzo terapéutico (no empezar o retirar tratamientos) y los tratamientos sintomáticos aún cuando incluyan un “doble efecto” (poder provocar un acortamiento de la supervivencia para conseguir tratar una determinada sintomatología) a la sedación paliativa.

En algunos pacientes estos tratamientos pueden no ser suficientes. Esta Proposición de Ley quiere intentar solucionar estos casos. Sin embargo, teniendo en cuenta que el sistema sanitario y social está insuficientemente desarrollado para ofrecer estos tratamientos a los pacientes, se puede **generar una cultura en la que se opte por una solución práctica mucho más fácil.** La creación de ese

contexto para la práctica de la eutanasia puede generar graves efectos secundarios no previstos, tanto en la práctica asistencial de los profesionales sanitarios como en los propios pacientes.

En los últimos años se han acuñado dos conceptos que son fundamentales en el afrontamiento del sufrimiento intolerable y que no menciona la Ley. El **“Deseo de Adelantar la Muerte”** hace alusión a la expresión entre los pacientes de querer que su vida se acabe. Esto puede estar en relación con múltiples causas y no debe equipararse a la petición de eutanasia. De hecho, en los estudios realizados, menos del 2% de los pacientes que expresaban este deseo querían en realidad poner fin a su vida cuando eran tratados por equipos multidisciplinares expertos. La **“Planificación de Decisiones Anticipada (PDA)”** es un instrumento que puede utilizar el clínico para la toma de decisiones ante una enfermedad prolongada. *“La PDA permite a los individuos definir objetivos y preferencias para tratamientos y atención médicos futuros, discutir estos con familiares y profesionales sanitarios y registrar y revisar esas preferencias si es necesario”*. Una herramienta mucho más adecuada que los documentos de instrucciones previas. Estos documentos de instrucciones previas o voluntades anticipadas son la expresión legal y no pueden llegar a contemplar los supuestos clínicos específicos de cada caso.

La Proposición de Ley de Eutanasia **sólo prevé un proceso deliberativo posterior a la solicitud de la prestación de ayuda a morir, entre el paciente y el médico responsable del mismo, sin garantizar que en ese proceso el paciente pueda ser atendido por profesionales que tengan una formación adecuada y que estén familiarizados con la atención al sufrimiento**. La propia Ley enfatiza los documentos de instrucciones previas y voluntades anticipadas sin referirse a los conceptos anteriormente expuestos, que entroncan directamente con la relación clínica médico-paciente. Esta Proposición de Ley pretende potenciar procedimientos legales para su desarrollo sin ocuparse de la relación clínica, esencial en la toma de decisiones ante peticiones de los pacientes de poner fin a su vida.

En este texto se distinguen dos conductas eutanásicas diferentes. La eutanasia propiamente dicha y aquella en la que el propio paciente termina con su vida con la colaboración de un profesional sanitario que le suministra el medicamento. Llama la atención la falta de definición del Suicidio **Medicamento Asistido** (*“Ayuda médica para la realización de un suicidio, ante la solicitud de un*

*enfermo, proporcionándole los fármacos necesarios para que él mismo se los administre”). En relación con estas definiciones, la Asociación Internacional de Medicina y especialmente la Asociación Médica Americana han indicado específicamente que **la eutanasia no es un acto médico**. La eutanasia precisa de un profesional sanitario que administre el medicamento letal al paciente. El Suicidio Medicamente Asistido trata de quitar ese protagonismo al facultativo. El papel del médico, en este caso, sería comprobar que el paciente cumpliera las condiciones para el suicidio mientras la dispensación del medicamento se realiza por un Servicio de Farmacia. La distinción es importante porque se elimina el papel activo del médico. En EE. UU no se ha aprobado la eutanasia, pero en 5 estados si es posible el suicidio asistido (otros 3 tienen ya legislación al respecto pendiente de su puesta en marcha). Por otra parte, los estudios publicados demuestran que el número de pacientes que acceden es menor y no todos los pacientes acaban utilizando la medicación (alrededor del 60%). Las distinciones son importantes para debatirlas tanto entre los profesionales como con los pacientes. La falta de empleo de una terminología específica impide el debate sobre las distintas opciones al equipararlas sin un análisis riguroso.*

Objeción de Conciencia, Formación y Financiación

Esta Proposición de Ley sólo permite la objeción de conciencia personal de los profesionales sanitarios, implicados directamente en la realización de la prestación de ayuda para morir. Se prevé la creación de un registro de objetores de conciencia, sin precisar que organismo que debe crearlo y sin contemplar la creación de un registro inverso, es decir, de no objetores. La Ley tampoco contempla la posibilidad de objeción de un centro sanitario.

En relación con la formación continua específica se deja en manos de la Comisión de Formación Continuada de las profesiones sanitarias, adscrita a la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, la coordinación de dicha formación, tanto en aspectos técnicos como legales, sobre comunicación difícil y apoyo emocional. No se refleja en relación con esta formación su enfoque en pregrado ni en postgrado.

La cuestión de financiación tampoco se refleja en esta Proposición de Ley, sin precisarse si se abordará posteriormente. En este sentido, no se precisa si será

el Estado el financiador, o serán las Comunidades Autónomas las que total o parcialmente van a actuar de financiadoras del aumento del gasto. Se necesitaría determinar la distribución de dicha financiación. Este dato es relevante ya que, al tratarse de una nueva prestación que se quiere incorporar al sistema sanitario, precisaría del estudio de su posible coste y la consecuente necesidad o no de financiación añadida, sumando la financiación de la formación que se admite como necesaria.

Por otra parte, esta Proposición de Ley exige a los médicos incorporar esta prestación entre sus actividades en la práctica clínica, la cual debería poder ser debatida en las instituciones que representan a todos los colectivos profesionales con responsabilidad asistencial. Este debate, que enriquecería no sólo los conocimientos de los facultativos sino de la sociedad en general, no se ha producido y, se ha introducido esta Proposición de Ley de Eutanasia como un recurso en manos del paciente sin establecer garantías para que éstos puedan recurrir a otras soluciones existentes a su sufrimiento intolerable.

Para concluir, simplemente mencionar que la libertad profesional del médico se encuentra reconocida en la propia Constitución, y que, como tal, no solo implica la libertad de elección y acceso a la profesión, sino también la posibilidad de ejercerla en libertad. Además, del reconocimiento constitucional de dicha libertad deriva el hecho de que la Medicina, como profesión, goza de una garantía institucional que supone un límite para el legislador a la hora de configurar y regular las características y funciones de la correspondiente profesión. De este modo, la Constitución impediría que en el ejercicio de la profesión se incorporen funciones que desnaturalizarían lo que constituyen las características esenciales de la misma. Según la jurisprudencia del Tribunal Constitucional la reserva de ley que impone la Constitución en relación con los derechos y libertades comporta la existencia de un contenido esencial de los mismos que los garantice constitucionalmente. El legislador tiene la facultad de regular el ejercicio de las profesiones, conforme resulta de lo dispuesto por la Constitución, pero teniendo en cuenta que tal regulación debe inspirarse en el criterio del interés público y tener como límite el respeto del contenido esencial de la libertad profesional.

Por todo ello, podría argumentarse que, si bien a través de la objeción de conciencia, no se le obliga a un médico concreto a practicar la eutanasia en contra

de sus valores morales, primando éstos sobre el deber legal que supone instaurar la eutanasia no ya como derecho sino como prestación del sistema público, ello no impide afirmar que la eutanasia como acto médico incide directamente en el núcleo esencial de la profesión médica, conforme se deduce tanto del propio Juramento Hipocrático, como del correspondiente Código Deontológico.

El núcleo esencial que configura el mínimo infranqueable por el legislador es descrito con precisión por la Asociación Médica Mundial que viene sosteniendo que *“La Asociación Médica Mundial reafirma su fuerte convicción de que la eutanasia está en conflicto con los principios éticos fundamentales de la práctica médica, y la Asociación Médica Mundial alienta firmemente a todas las asociaciones médicas nacionales y a los médicos a abstenerse de participar en la eutanasia, incluso si la ley nacional lo permite o despenaliza en ciertas circunstancias”* y que ha reiterado en la 70ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, Tiflis, Georgia, Octubre 2019, manifestando nuevamente que *“La Asociación Médica Mundial reitera su fuerte compromiso con los principios de la ética médica y con que se debe mantener el máximo respeto por la vida humana. Por lo tanto, la Asociación Médica Mundial se opone firmemente a la eutanasia y al suicidio con ayuda médica”*.

Recomendaciones

El debate sobre las consideraciones éticas y deontológicas realizadas más arriba se ha hurtado tanto a la sociedad en general como a la profesión médica, al abordarse el problema del deseo de anticipar la muerte por un sufrimiento (físico o psíquico) refractario o insoportable desde la simplificación dicotómica del “derecho a morir” frente a la penalización de la asistencia al suicidio.

Por todo ello, el Comité de Profesionalismo Médico del ICOMEM recomienda que, previamente a que se apruebe un texto definitivo de esta Ley:

- 1.** No recomendar la Eutanasia como acto médico.
- 2.** Solicitar al Comité de Bioética de España un informe sobre el texto actual del Proyecto de Ley de Eutanasia.
- 3.** Permitir informar sobre la posición del ICOMEM a los grupos parlamentarios.

rios y debatir con sus representantes las implicaciones de la norma para pacientes y médicos, así como las alternativas existentes.

4. Promover un debate social, así como dentro de las profesiones sanitarias, sobre cómo debe abordar una sociedad madura, desarrollada y compasiva el deseo de adelantar la muerte, las etapas finales de la vida y la muerte digna.
5. Elaborar previamente una Ley de Cuidados Paliativos y Etapas Finales de la Vida, que garantice las prestaciones sanitarias y sociales necesarias para aliviar el sufrimiento de estos pacientes y sus familiares y tener una muerte digna.
6. Considerar como alternativa más acorde con los principios deontológicos de la Medicina el Suicidio Médicamente Asistido.

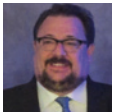
Bibliografía

- Proposición de Ley Orgánica 122/2020 de regulación de la eutanasia. Boletín Oficial de las Cortes Generales de 17 de diciembre de 2020. Disponible en: https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/B/BOCG-14-B-46-6.PDF



List of Participants

Miembros del Grupo de Investigación Complutense: “Psicosociobiología de la violencia: educación y prevención”



Dr. Miguel Bettin Osorio

Director del Instituto de Estudios Psicobiosociales y de Intervención en Violencias (IEPSIV). Presidente del CICA Iberoamérica

Psicólogo, Doctorado -Ph.D.- en Psicobiología por la UCM, Magíster en Adicciones por la Universidad de Barcelona, Diploma de Estudios Avanzados de la UCM y estudios de Maestría en Filosofía en la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá. Patrono Nato de la Fundación Internacional CICA. Fundador, Presidente y Director Científico de la Organización para la Promoción, Prevención y Tratamiento de la Salud Mental; Fundación CreSer (FundacreSer/1999- 2022). Director de la revista científica en violencia y agresión “Quicio”. (2016-2022). Director del Centro de Tratamiento de Atención de Adicciones FundaCreSer en Bogotá. (2000-2018). Director de la Clínica Psiquiátrica Ronald Laing y del Centro de Atención para salud mental “Alexander Luria”. (2016-2017). Es miembro del Grupo de Estudios de Psicosociobiología de la Violencia de la U. Complutense de Madrid. Ha sido galardonado con los Premios Nacional de Psicología del Colegio Colombiano de Psicólogos, y con el Premio Internacional Reina Sofía de Lucha contra las Drogas de la Corona y de la Cruz Roja Española. Director de La Fundación de Tratamiento y Prevención de Drogodependencias “Pida Ayuda”, entre 1990 y 1999. Creador y Director del Programa de Prevención y Atención de Drogas y Violencias Asociadas para Bogotá “Vivir Consentidos”. Asesor de la Secretaría de Seguridad de Bogotá. (2018). Presidente y Organizador de congresos internacionales. Supervisor-Asesor del programa Distrital de prevención de Drogas y Violencias Asociadas de las Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la U. de los Andes para Bogotá (1988-1989). Director de la

primera etapa de la formulación de la Política Pública para la Prevención e Intervención del Uso, Abuso y Dependencia de Drogas de Bogotá. Creador, Director, Guionista y Presentador del programa educativo y sociopsicológico de T.V. “Estilos de Vida” en el Canal Señal Colombia. Fundador de la Fundación Alberto Meraní para el desarrollo de la Inteligencia, y Psicólogo y Profesor del Instituto Alberto Meraní para Inteligencias Superiores. Ha sido profesor de pregrado y postgrado en varias universidades colombianas (U. Javeriana, U. Externado, U. Católica, U. Luis Amigó, CUC, entre otras). Es autor de varias publicaciones sobre temas de su especialidad. Ha sido Asesor de la Organización de las Naciones Unidas (ONU-PNUD). Investigador en áreas sociológicas, educativas y psicológicas.

migbettin@yahoo.com



Dra. Marzanna Farnicka 

Institute of Psychology Professor at the University of Zielona Góra and Directora del Centro CICA Centro europeo para Investigación y Formación

Dra. Marzanna Farnicka es licenciada y doctora en Psicología, profesora adjunta en el Instituto de Psicología de la Universidad de Zielona Góra y directora de su Unidad de Psicología de Familia. Es formadora de habilidades sociales y terapia antirretroviral, y presidente de la rama local de la Asociación Polaca de Psicología, así como miembro de la Sociedad Internacional de Investigación sobre la Agresión

(ISRA), y cofundadora del Grupo de Investigación sobre la Familia y los Adolescentes en Europa Central. Su investigación incluye temas de psicopatología del desarrollo relacionados con la vida familiar, sobrellevar el estrés y la agresión y el apoyo al desarrollo. La Dra. Marzanna Farnicka preside el comité polaco de CICA y es Directora del Centro CICA Centro europeo para Investigación y Formación.

m.farnicka@wpsnz.uz.zgora.pl



Dra. Pilar Gútierez Cuevas

Profesora Titular de la Universidad Complutense de Madrid

Directora Magíster en Atención Temprana: prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6) y sus alteraciones (1993-2010). Directora del departamento de Didáctica y Organización Escolar (2012-2016). Directora de más de 30 Tesis doctorales, sobre diferentes temáticas que afectan a la educación especial, Atención Temprana y la Educación Infantil. Miembro del Comité de Ética para la asistencia hospitalaria. Hospital Universitario de la Paz Madrid. Miembro del comité científico editor Infant & Joung Children. Miembro de comité científico asesor ISEI - International Society on Early Intervention. Miembro fundador EURLY AID asociación europea de Atención Temprana. Miembro fundador GENYSI: "Grupo de estudios neonatológicos y de servicios de intervención". Miembro fundador (GAT). Grupo Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana. Presidenta de la Comisión sobre Discapacidad del Consejo Infancia y Adolescencia de la Comunidad de Madrid (2000-2010). Coautora del Libro blanco de atención temprana. Coautora Organización diagnóstica para la atención temprana. Coautora Recomendaciones técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana.

pigutiez@ucm.es



Dr. Jesús Martín Ramírez

Director, Cátedra Nebrija-Santander sobre Gestión de Riesgos y Conflictos, y Presidente de CICA International.

Nace en Madrid, culminando sus estudios médicos, humanistas y jurídicos con tres licenciaturas, doctorándose en Medicina y Cirugía (Neurociencias) y en Filosofía y Letras (Pedagogía) y obteniendo un Master en Altos Estudios de la Defensa. Ha trabajado en: a) Educación Comparada, en las Escuelas Europeas de la entonces Comunidad Económica Europea, en Italia y en el Benelux; b) Neuropsicología, en las Universidades Libre de Berlín, Stanford y Paris 5 René Descartes; c) Defensa y Seguridad, en el CESEDEN y en la Kennedy School of Government de la Universidad de Harvard y en la Hoover Institution de Stanford; y d) Psicobiología, en la Universidades del Ruhr en Bochum, Autónoma y Complutense de Madrid y Sevilla, al igual que

en el Laboratorio de Etología del Centro Ramón y Cajal de Madrid. Ha sido Director del Departamento de Psicobiología de las Universidades de Sevilla y Complutense y del Grupo de Complutense de Investigación sobre Agresión. Igualmente fue Director del Gabinete de Estudios de la Universidad Autónoma de Madrid. En la actualidad, es director de la Cátedra sobre Gestión de Riesgos y Conflictos de la Universidad Nebrija. Es igualmente Presidente del Grupo Español del Movimiento Pugwash, originado en el Manifiesto de Bertrand Russell y Albert Einstein y Premio Nobel de la Paz 1995, así como de la Fundación CICA Internacional.

Pico de la Pala, 6 28792 Miraflores (Madrid) - Spain

Phone: 34 918 444 695

mramirez@ucm.es

jmartinramirez@nebrija.es

<http://www.jmartinramirez.org>

<http://www.nebrija.com/catedras/nebrija-santander-resolucion-conflictos>



Dr. Valentín Martínez-Otero Pérez

Director del Grupo Complutense de Investigación:

Psicosociobiología de la Violencia: Educación y Prevención.

Facultad de Educación, UCM

Nació en Oviedo (Asturias). Es Doctor en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid (UCM) y Doctor en Filosofía y Ciencias de la Educación por la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), con premio extraordinario. Realizó la especialidad de Psicología Clínica en la Escuela de Psicología y Psicotecnia (UCM), así como diversos cursos de Formación del Profesorado en la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) y en la UNED, entre otras instituciones, que suman más de 3000 horas. Es Máster Universitario en Psicopatología y Salud, así como Experto Profesional en Salud Mental Comunitaria y Formador de Formadores. En la actualidad es profesor-investigador en el Departamento de Estudios Educativos (Facultad de Educación, UCM), así como conferenciante, investigador y docente invitado en academias y universidades de España, Europa e Iberoamérica. Autor de numerosas publicaciones y libros. Ha recibido varios premios del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid por su labor de creación y difusión científica a través de los medios de comunicación. También le ha sido concedido el

premio “Aula de Paz” (Mieres, Principado de Asturias). Director del Grupo de Investigación de la Universidad Complutense: “Psicosociobiología de la violencia: educación y prevención”, evaluado positivamente en 2018 por la Agencia Estatal de Investigación (AEI, España). El Dr. Martínez-Otero es también Presidente del Centro Asturiano de Madrid.

valenmop@edu.ucm.es



Dr. José-Vicente Merino Fernández

Catedrático de Pedagogía, Universidad Complutense de Madrid

El Dr. José-Vicente Merino Fernández es Catedrático de Pedagogía Social en la UCM. También ha impartido docencia en universidades de Puerto Rico, México, Cuba y Perú, así como en otras universidades públicas y privadas de España. En todas ellas ha impartido conferencias, módulos de master y de doctorado. Conferenciante y director de cursos de verano en la UCM y la UNED. Director de Formación del Profesorado en el ICE de la UCM. Director y secretario del Departamento de Tª e Hª de la Educación. Fuera del sistema formal, ha sido asesor y profesor en las Universidades Populares, Escuelas de A.S.C., de educación social y de formación en la empresa, así como social worker en EEUU. Educador social, animador sociocultural. Pertenece a varios comités científicos de revistas. Editor y subdirector de la revista Pedagogía social: Revista interuniversitaria. Presidente o miembro de numerosos comités científicos de congresos y seminarios. Presidente del observatorio antisistema. Líneas de investigación: socialización educativa, educación social, animación sociocultural; planificación, participación y mediación social; violencia; educación intercultural. Autor de más de 100 publicaciones entre libros, capítulos de libros y artículos de revistas, entre las que cabe resaltar: Merino, J. V. (2006). La violencia escolar. Análisis y propuestas de intervención socio-educativa. Santiago de Chile: Arrayán. Merino, J. y otros (2008) Cuestionario Meesco-TO5. Merino, J.V. (2017). Educación para una ciudadanía ecológica: exigencia ineludible en nuestra sociedad globalizada. (Editorial). Pedagogía social. Revista interuniversitaria [(2017) 30, 9-12] Tercera época.

merino@ucm.es

Otros participantes



Dr. Alberto Alonso Babarro

Coordinador Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Universitario La Paz

Doctor en Medicina. Profesor Asociado Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma de Madrid. Subdirector Master Cuidados Paliativos Universidad Autónoma de Madrid. Hospital Universitario La Paz. Director Comité de Ética Hospital Universitario La Paz. Autor de un centenar de publicaciones relacionadas con la calidad de vida, cuidados paliativos y bioética.

albertoalonsob@gmail.com.



Dr. Juan Eduardo Carreño

Director del Centro de Bioética de la Universidad de los Andes

Casado, tres hijos. Médico, Doctor en Ciencias Médicas (Pontificia Universidad Católica de Chile), Magíster en Fundamentación Filosófica (Universidad de los Andes, Chile), Magíster en Filosofía (Universidad de los Andes, Chile), Doctor en Filosofía (Universidad de Navarra, España). Tras cursar una estadía postdoctoral en el Center for Medieval Philosophy, Georgetown University, durante los años 2014 a 2016, regresa a la Universidad de los Andes, donde retoma su labor como profesor e investigador. Sus intereses se centran en la filosofía medieval, la metafísica y la filosofía de la naturaleza de Tomás de Aquino y la bioética. Es autor de artículos científicos y filosóficos, dos monografías referidas a la doctrina del Aquinate y ha editado un estudio colectivo acerca de la Eutanasia, publicado recientemente. Actualmente trabaja en el problema de la omnipotencia divina en la transición entre los siglos XIII y XIV, y es Director del Centro de Bioética de su institución.

jedocarreno@gmail.com



Dr. Juan Cayón Peña

VicePresidente de la Fundación CICA Internacional

El Dr. Cayón Peña es doctor en derecho por la Universidad Pontificia Comillas (ICADE). Ha sido Secretario General, Vicerrector de Relaciones Internacionales, Jefe del Departamento Académico de Derecho y Relaciones Internacionales, Asesor Jurídico, Profesor Titular (Filosofía del Derecho, Moral y Política) y actualmente es Rector en la Universidad Nebrija. También ha sido profesor asistente en el Ministerio de Justicia y en el Ministerio del Interior (Policía Nacional). Es autor de muchos artículos y coautor de varios libros. Académico de la Real Academia de Jurisprudencia y Legislación. Benefactor de las Fundaciones Elías de Tejada y Erasmo Percopo, Presidente de la Asociación Sudamericana. De Cultura Católica, Mmiembro de la Società Internazionale Tommaso d'Aquino y de la Unión Internacional de Juristas Católicos, así como de la Academia de Artes y Ciencias, de Puerto Rico (EE.UU.). Ha sido profesor visitante en diferentes universidades: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil (Ecuador), Universidad Interamericana de Puerto Rico y Universidad Panamericana de México. El Prof. Cayón es miembro del Movimiento Pugwash y de la Academia Mundial de Arte y Ciencia.

juan@cayon.es



Dra. María Enriqueta Chalfoun Blanco

Colaboradora honorífica del Dpto. de Estudios Educativos (UCM)

Doctora en Educación por la Universidad Complutense de Madrid, especializada en temas de Aprendizaje Permanente y Envejecimiento Activo. Ha sido colaboradora honorífica de los Departamentos de Didáctica y Organización Escolar y del Departamento de Teoría e Historia de la Educación de la Facultad de Educación de la UCM. Actualmente es colaboradora externa en el Máster de Formación de Formadores en la Facultad de Educación de la UNED, desde 2014. Es además, archivera/documentalista con participación en proyectos y trabajos de investigación en temas relacionados con la Unión Europea, temas históricos, de propiedad intelectual y de gestión, difusión y

dinamización cultural. Ha participado mediante la presentación de diversas comunicaciones y ponencias, en Congresos de Pedagogía Social, Educación para la Salud y Nuevas Tecnologías.

marchalblanc@gmail.com



Dr. Gregorio Ángel Gomez-Jarabo García 

Universidad Autónoma de Madrid

Doctor en ciencias biológicas UCM (1976) Sobresaliente “cum laude”. Licenciado en Medicina por la Universidad Maimónides de Buenos Aires (Argentina), 2003. Especialista en Psiquiatría Univ. Maimónides de Buenos Aires (Argentina) 2005. Profesor Titular de Psicobiología UAM. Director del Master en Valoración de Discapacidades. Título propio UAM-IMSERSO. Coordinador de trabajos en Argentina y España para la elaboración de la CIF (OMS 2003). Secretario General del Instituto de Psiquiatras de Lengua Española (IPLE). Introdutor de los estudios de psicofarmacología en el currículo del psicólogo. Autor y coautor de libros como Farmacología de la Conducta, Bases Farmacológicas de la Conducta, Violencia antítesis de la agresividad, trastornos de pánico, etc., asó como de numerosas publicaciones

gregojarabo@gmail.com



Dr. Joaquín Goyache Goñi 

Rector de la Universidad Complutense

Catedrático de Sanidad Animal, con especialidad docente en los campos de la Microbiología e Inmunología. Forma parte de numerosos comités y comisiones entre los que destacan el de la Asociación Europea de Facultades de Veterinaria (European Association of Establishments for Veterinary Education, EAEVE) y el encargado de la elaboración del Libro Blanco del Título de Grado en Veterinaria. Sus investigaciones más recientes están centradas en las enfermedades transmisibles de animales salvajes y exóticos y en el estudio de la utilización de vacunas de diseño. Ha desarrollado

distintas labores de gestión universitaria: vicedecano de Alumnos de la Facultad de Veterinaria UCM; Decano de la misma Facultad; director de los Cursos de Verano de la UCM, vicerrector de Organización UCM y vicerrector de Posgrado y Formación Continua UCM.

gabinete.rector@ucm.es



Dra. Maite Iglesias López 

Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Francisco de Vitoria

Doctora en Farmacia y Máster en Humanidades. Profesora Adjunta en la Universidad Francisco de Vitoria, Grados de Enfermería, Farmacia y Biotecnología. Representante UFV en la Red Madrileña de Universidades Saludables (REMUS). Técnico superior de Salud Pública en la Comunidad de Madrid. Profesor Honorífico en el Dpto. Edafología UCM. Investigadora postdoctoral en el Instituto Nacional de Investigaciones Agrarias y agroalimentarias. Profesora e investigadora en la Universidad Francisco de Vitoria. Ha participado en varios proyectos de investigación y en la actualidad soy directora del Grupo estable de investigación Educación nutricional y promoción de la salud en la UFV. Autora de más de 50 artículos científicos y participación en más de 100 Congresos nacionales e internacionales. Ha realizado varias estancias de investigación en el la UAM, INIA-Madrid, CNRS-Montpellier, Universidad de California-Santa Barbara, Universidad de Viena, Universidad Cave Hil-Barbados y UAM-CIAL.

m.iglesias.prof@ufv.es



Dra. María Rosario Limón Mendizabal 

Catedrática de Pedagogía, Universidad Complutense de Madrid

Catedrática de Pedagogía Social y Educación de las Personas Mayores en el Departamento de Estudios Educativos de la Facultad de Educación-Centro de Formación del Profesorado, Universidad Complutense de Madrid. Miembro del Grupo de Investigación Desarrollo Tecnológico, Exclusión Sociocultural y Educación. Ha desarrollado diversas

responsabilidades en cargos docentes en la Universidad Complutense, entre los que cabe destacar el de vicedecana de Prácticum y directora del Departamento de Teoría e Historia de la Educación. Ha participado, y es autora de artículos, capítulos de libros y libros en el ámbito de la teoría y praxis de la Pedagogía Social/Educación Social; Educación de las Personas Mayores; Envejecimiento Activo; Pedagogía del Humor; Educación y Promoción de la Salud y Foto-elicitación. Asimismo, es miembro de la Sociedad Iberoamericana de Pedagogía Social, Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología y de la Asociación Española e Iberoamericana de Medicina y Salud Escolar y Universitaria.

mrlimonm@edu.ucm.es



Dr. Tina Lindhard 🇩🇪 🇺🇸

International University for Professional Studies (IUPS) de Hawaii, (EE.UU.)

La Dr^a Tina Lindhard tiene un B.Sc. en Psicología y Sociología por la University of Cape Town, Sudáfrica, Master en Psicología Transpersonal por la Universidad de Sofía (California, EE. UU.) y un Doctorado en Consciousness Studies sobre el método de meditación intuitiva, por la Universidad Internacional de Estudios profesionales (IUPS) de Hawaii, (EE.UU.). Sus investigaciones se ocupan principalmente de la consciencia y de la embriología. Es presidenta del Center for Conscious Awareness Spain y miembro de Pugwash-Dinamarca.

La fascinación de Tina Lindhard por la consciencia y su relación con la paz comenzó muy pronto. Después de obtener su primer título en Psicología y Sociología en la Universidad de Ciudad del Cabo, Sudáfrica, dejó la Universidad y comenzó una búsqueda que terminó cuando conoció al filósofo y yogui Srinivas Arka en 1997. Ella aprendió su método de meditación conocido como Arka Dhyana o Meditación Intuitiva y combinó esta investigación interna con una maestría en Psicología Transpersonal (Universidad de Sofía, California) y un PhD. en Psicología - Estudios de la Consciencia, IUPS, Hawái, donde ahora es mentora de estudiantes de maestría y doctorado. Para brindar una perspectiva más espiritual a la ciencia y la comunidad, enseña e investiga métodos de meditación basados en el corazón para que

las personas puedan descubrir su propia naturaleza espiritual por sí mismas. Ha escrito sobre muchos temas, incluida la espiritualidad de las mujeres paleolíticas, la educación y el principio femenino. Tina es presidenta de CCAEspana, y también presidenta de investigación de la consciencia en la Fundación Internacional CICA.

t.lindhard@iups.edu
consol.tina@gmail.com
www.tinalindhard.org



Dr. Alfonso López de Osa Escribano 

Decano de Derecho y de Relaciones Internacionales, y profesor de la Universidad Nebrija de Madrid

Ha sido Director del Centro de Estudios Jurídicos México-Estados Unidos de la Universidad de Houston y Director Ejecutivo de NACLE (North American Consortium of Legal Education). Profesor de Derecho Administrativo de la Universidad Complutense de Madrid durante diez años, su investigación y docencia se centran en aspectos de Derecho público, Derecho sanitario, Derecho comparado e internacional y Derecho de la Unión Europea. Igualmente, en los aspectos legales de la respuesta y recuperación de desastres naturales y causados por el hombre (aspectos ambientales y de salud pública).

Licenciado en Derecho y Máster en Derecho de la Unión Europea por la Universidad Complutense de Madrid, es Doctor Derecho por la Universidad de París I Panthéon-Sorbonne, Francia, tras estudiar un D.E.A. sobre Droit public comparé des Etats Européens (Derecho Público Comparado en los países europeos). Su tesis doctoral versó sobre un estudio comparado en Francia y España de la responsabilidad extracontractual de la Administración y de sus hospitales públicos (La convergence de la responsabilité hospitalière en France et en Espagne -Etude comparée), obteniendo la calificación de Magna Cum Laudae. Durante sus estudios de doctorado, trabajó durante dos años como asistente parlamentario con un miembro al Parlamento Europeo en Bruselas (Bélgica) y Estrasburgo (Francia).

Participa con regularidad en congresos y seminarios a nivel nacional e internacional. Es invitado como profesor visitante en universidades de Estados Unidos, Francia, España y México. Es autor de un libro y varios capítulos de libros colectivos y numerosos artículos, además de investigador principal y coordinador de obras de investigación. Es abogado en ejercicio del Ilustre Colegio de Abogados de Madrid desde 1999, con una trayectoria muy exitosa tanto en litigios como transacciones extrajudiciales.

alopezosa@nebrija.es



Dr. José Muñiz 

Rector, Nebrija University

El Dr. Muñiz es licenciado y doctor en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid, Catedrático de Psicometría, académico de la Real Academia de Psicología y experto en Psicología Matemática. Inició su carrera en la Universidad Complutense, donde ejerció como docente hasta 1984. En esta fecha obtuvo la Cátedra de Psicología Matemática de la Universidad de las Islas Baleares y desde 1987 hasta este mismo año ha sido Catedrático de Psicometría en la Universidad de Oviedo. Muñiz tiene una dilatadísima y brillante carrera como investigador, labor a la que confiesa haber dedicado “muchísima energía”. Cuenta con seis sexenios de investigación, registra casi 9.000 citas en Google Scholar y 15 de sus publicaciones han recibido más de 100 citas. Ha publicado numerosos trabajos en revistas nacionales e internacionales sobre Psicometría y Evaluación Psicológica. Es miembro del Comité Editorial y revisor de varias revistas científicas, así como fundador de la revista *Psicothema*, que dirige desde hace más de 30 años y que actualmente se sitúa en el primer cuartil (Q1) de su categoría. Entre sus libros sobre diversos aspectos de la medición psicológica cabe destacar *Introducción a la Psicometría*, *Teoría Clásica de los Tests*, *Teoría de Respuesta a los Ítems*, *Psicometría*, *Análisis de los Ítems*, o *Introducción a la Psicofísica*. Su trayectoria como gestor universitario es asimismo extensa y variada: ha sido Vicerrector de Profesorado de la Universidad de Oviedo, Miembro del Consejo Escolar del Principado de Asturias, Presidente del Consejo Asesor de Investigación Científica y Tecnológica del Principado de Asturias (CAICYT), Decano de la

Facultad de Psicología y Director del Departamento de Psicología de la Universidad de Oviedo y miembro de la Academia de Psicología de España. En 2015 recibió el Premio al Psicólogo Español del año otorgado por el Colegio Oficial de Psicólogos.

jmuniz@nebrija.es



Dr. Damian I. Onyekwere ■ ■

Doctor en Psicobiología por la Universidad Autónoma de Madrid, y Vice-Secretario de la Fundación CICA International

El Dr. Damian I. Onyekwere nació en Nigeria. Realizó su Licenciatura en Psicología en la Universidad de Sevilla, donde fue nombrado colaborador Honorario durante varios años académico y posteriormente fue becario de investigación. Obtuvo el Título de experto Universitario en Intervención Comunitaria por la misma Universidad de Sevilla. Fue becado por Laboratorio Bristol- Myers, S.A.E. por el proyecto de investigación que estuvo realizando utilizando los fármacos Gepirona y Bupiriona. Y desde entonces ha participado en algunos proyectos de investigación. El Dr. Onyekwere tiene un Doctorado en Psicobiología por la Universidad Autónoma de Madrid. Es colaborador de CICA desde su primera reunión en Sevilla, la Declaración de Sevilla sobre la Violencia (1986). Ocupó el cargo de Jefe de Seguridad - Operación combinada de Seguridad y Autoprotección durante la EXPO´92 Sevilla, Embajada de Nigeria. Trabajó varios años como Psicólogo en Residencias de personas ancianas. Actualmente trabaja como

damiankechi@hotmail.com



Dña. Mª Cristina Papadakis Romero 🇪🇸

Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Francisco de Vitoria

Nacida en España, (1984). Graduada en enfermería por la Universidad Francisco de Vitoria de Madrid, España. Postgrado en Humanidades por la Universidad Francisco de Vitoria. Actualmente en programa de doctorado en la Facultad de Enfermería de la

Universidad de Navarra. Docente en la Facultad de Ciencias de la Salud en la Universidad Francisco de Vitoria. Ha trabajado como enfermera en el ámbito de la oncología pediátrica a lo largo de casi toda su experiencia clínica y asistencial en España y en Grecia, concretamente en este último destino ha sido responsable de la unidad de cirugía pediátrica del hospital Metropolitano, (Atenas), siendo la responsable del protocolo de investigación sobre estrés quirúrgico, Samartcardia y su aplicación en el ámbito clínico. Actualmente, y desde hace ya 9 años, es docente en el Grado de Enfermería dentro de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Francisco de Vitoria, coordinando el departamento de Formación integral y humanística de la propia titulación. Actualmente, imparte las disciplinas de Fundamentos Teóricos e Hª de la Enfermería, Fisiología humana, Antropología aplicada a la Enfermería, y Cuidados Paliativos y responsable del proyecto Razón Abierta que integra ciencias y humanidades en el área de enfermería. Ha colaborado en más de 5 publicaciones científicas dentro de la editorial Dykinson, 3 de ellas capítulos de libro, además ha participado en más de 14 congresos dentro de la educación en el ámbito clínico en los últimos años.

mc.papadakis@ufv.es



Jesús Poveda de Agustín

Director del Empathic Reactive Media Lab (eRMLab) (Universidad Autónoma de Madrid) (España)

Médico. Profesor de Psiquiatría desde el año 1995 en la Universidad Autónoma de Madrid. Master en cuidados Paliativos. Profesor en Master de Bioética en la Universidad Rey Juan Carlos. Profesor en Master Psicooncología en la Universidad Complutense de Madrid. Profesor en Master Musicoterapia, UAM. Coautor con Silvia Laforet de “El buen adiós”/Espasa 2010 y con “La vida en los talones” 2012. Director del Laboratorio de Realidad Virtual, UAM. Director de consulta de Psicopatología de la Adolescencia en Madrid. Premio “Maestro” Universidades de la Comunidad de Madrid.

jesus.poveda@uam.es



MgSc. Carmen Sabino 🇻🇪

Doctoranda en la Universidad de los Andes, Mérida (Venezuela)

Carmen Sabino es docente venezolana. Magister en Gerencia Educativa por la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho (UGMA) de Barcelona-Venezuela; Licenciada en Ciencias de la Educación por la Pontificia Universidad Salesiana (PUS) de Roma. Licenciada en Pedagogía Religiosa por la Universidad Católica Santa Rosa de Lima (UCSRL), Caracas-Venezuela. Hermana de la Congregación de Ntra. Señora de la Consolación. Actualmente Doctoranda en Educación en la Universidad de los Andes (ULA) -Mérida-Venezuela. Diplomado Teología y Prevención: Estudio sobre los abusos sexuales en la Iglesia Latinoamericana, por el Centro de Prevención de México (CEPROME). Actualmente es Tutora del Curso de Formación de Tutores para la prevención de abuso sexual de menores (Universidad Gregoriana-Roma/Pontificia Universidad Católica del Ecuador-PUCE). Tutora del Curso Prevención y Acompañamiento Pastoral (PUCE-UTPL-CEE-CONFEDEC). Tallerista en Congresos y colaboradora en investigaciones sobre prevención (PUCE). Comparte la línea de investigación sobre la carrera docente: vocación y profesión. Publicaciones sobre el acompañamiento resiliente; vocación docente y resiliencia, relación educativa.

carmensabino@consolacion.org



Dr. Belén Sáenz-Rico de Santiago 🇪🇸

Directora del Departamento de Estudios Educativos Universidad Complutense (Madrid)

La Dr^a Sáenz-Rico es Profesora de la Universidad Complutense de Madrid, adscrita al Departamento de Estudios Educativos de la Facultad de Educación. Miembro del grupo de trabajo Sostenibilización Curricular de la CRUE-SOSTENIBILIDAD. Su labor docente e investigadora se ha desarrollado en el ámbito de la Atención a la diversidad, comportamiento neonatal, desarrollando gran parte de sus investigaciones en el ámbito de la Pedagogía Hospitalaria destacando su especialización en Comportamiento neonatal; presenta un largo recorrido investigador adscrita a equipos de investigación interuniversitarios en Neurociencia y su aportación a los procesos de enseñanza- aprendizaje para la implementación de un modelo inclusivo en la Educación. Desde la cooperación al

Desarrollo ha trabajado en pro de los Derechos Humanos, justicia social para sociedades más equitativa e inclusivas. En el ámbito universitario ha desarrollado gestión académica ocupando cargos como Vicedecana de Relaciones Internacionales, Miembro de Consejo de Gobierno, Secretaria Académica y actualmente Directora de Departamento.

bsaenzri@edu.ucm.es



Dr. Sara Uceda González 

Decana de Ciencias de la Vida, Universidad Nebrija

Dra. Sara Uceda Gutiérrez, Decana de la Facultad de Ciencias de la Vida y de la Naturaleza, es Licenciada en Psicología, Máster en Fisiología y Neurociencias y Doctora por la Universidad de Sevilla con Mención Internacional. Actualmente es Decana de la Facultad de Ciencias de la Vida y de la Naturaleza y Directora del Departamento de Psicología de la Universidad Nebrija. Docente e investigadora del Área de Psicobiología, sus intereses están centrados en procesos cognitivos como el aprendizaje, la memoria, la emoción o la atención. Cuenta con amplia experiencia docente tanto en cursos de grado como de máster, ha participado y participa en varios proyectos científicos nacionales e internacionales y es autora de diversos artículos científicos publicados en revistas con un alto factor de impacto e indexadas en el Journal Citation Reports.

suceda@nebrija.es

Publicaciones de CICA

Aggression: Functions and Causes (1985)

J. Martin Ramirez & Paul F. Brain (eds.)

Cross-disciplinary Studies on Aggression (1986)

Paul F. Brain & J. Martin Ramirez (eds.)

Essays on Violence (1987)

J. Martin Ramirez, Robert A. Hinde & Jo Groebel (eds.)

Research on Aggression (1987)

J. Martin Ramirez (ed.)

International Journal of Neuroscience, 1988 Vol 41 (3 & 4)

J. Martin Ramirez & David Benton (eds.)

Terrorism: Psychological Perspectives (1989)

Jo Groebel & Jeffrey Goldstein (eds.)

Terrorismo (1989)

Francisco Gómez-Antón & Carlos Soria (eds.)

Aggression in Children (1989)

Lea Pulkkinen & J. Martin Ramirez (eds.)

Comparative Psychobiology of Aggression (1990)

Orlando Gutierrez (ed.)

Violence. Some Alternatives (1994)

J. Martin Ramirez (ed.)

Neuropsiquiatría de la Conducta Agresiva (1995)

J. Martin Ramirez & Hector Peñaloza (eds.)

Cross-cultural Approaches to Aggression and Reconciliation (2001)

J. Martin Ramirez & Deborah Richardson (eds.)

Neuroscience and Biobehavioural Reviews (2006)

J. Martin Ramirez (ed.)

Aggression and Terrorism (2007)

J. Martin Ramirez (ed.)

Aggression, Terrorism, and Human Rights. (2008)

Tali Walters, J. Martin Ramirez & Malgorzata Kossouska (eds.)
Krakaw: Javelonian University

Aggression and Terrorism. (2009)

J. Martin Ramirez (ed.)

Journal of Organisational Transformation and Social Change. Vol 6 (2)

Political Violence and Collective Aggression: Considering the Past, Imagining the Future. (2009)

Rachel Monaghan, J. Martin Ramirez, Tali K. Walters (eds.)

Jordanstown: University of Ulster

Attitudes towards Conflict and Aggression: A cross-cultural Approach (2009)

J. Martin Ramirez & Simha F. Landau (eds.)

Bodrum, Turkey

An interdisciplinary analyses of terrorism. (2010)

Daniel Antonius, Adam D. Brown, Tali K. Walters, J. Martin Ramirez, Samuel Justin Sinclair (eds.)

Cambridge Scholars Publishers

Conflict and Aggression in a Society in Transition (2010)

Borisz A. Szegál (ed.),

Leányfalu: Willa Székely

Aggression, Political Violence, and Terrorism (2010)

Miguel Bettin, J. Martin Ramirez & T. Walters (eds.)

Cartagena de Indias: IEPSIV

The Brain and Aggression (2010)

J. Martin Ramirez (ed.)

International Social Science Journal, 200/201

Contemporary Issues on Aggression, Violence, Terrorism: Global to Local Perspectives (2011)

Stephen N. Thom, Tali K. Walters, J. Martín Ramirez (eds.)

University of California, Irvine

Violence is not Biologically Determined. (2011)***The Seville Statement on Violence twenty-five years later***

Camilla Pagani, J. Martin Ramirez (eds.),

Rome: Consiglio Nazionale delle Ricerche

Defining `Terrorism': Moving towards a more integrated and interdisciplinary understanding of political violence (2011)

Rachel Monaghan, Daniel Antonius, Samuel Justin Sinclair (eds.)

Behavioral Sciences of Terrorism and Political Aggression

Volume 3, Issue 2

Cultural Issues in Research of Aggression. An Introduction to A Hot-Topic. (2011)

Martin Ramirez (ed.).
The Open Psychology Journal

CONFLIGO Conflict in a Society in Transition (2011)

Borisz A. Szegál, István András (eds.)
Dunaújvaros, Hungary

Aggression and Crime. A Hot-Topic, (2011)

J. Martin Ramirez (ed.).
The Open Criminology Journal

Terrorism and Aggression: Towards Uncreased Freedom and Security (2012)

Tali K. Walters, J. Martin Ramirez, Tatyaba Dronzina & Lindsey Harris (eds.)
Burgas: Burgas Municipality

Towards Understanding Conflicts, Aggression, Violence and Peace (2013)

J. Martin Ramirez, Camilla Pagani (eds.)
Héviz

Radicalization, Terrorism, and Conflict (2013)

Tali Walters, Rachel Monagan, J. Martin Ramirez (eds.)
Cambridge Scholars Publishing

Conflict, Violence, Terrorism, and their Prevention (2014)

J. Martin Ramirez, Chas Morrison, Arthur J. Kendall (eds.)
Cambridge Scholars Publishing

Conflict and Aggression: Developmental and Social Conditions (2014)

Camilla Pagani, Marzanna Farnicka, Hanna Liberska, J. Martin Ramirez (eds.)
Difin

Towards a better understanding of Aggression and other related Concepts (2015)

J. Martin Ramirez, Camilla Pagani (eds.)
The Open Psychology Journal

A Central European Face of Criminology and Rehabilitation (2015)

Martin Ramirez, Marzanna Farnicka (eds.)
The Open Criminology Journal

Análisis de Riesgos y Amenazas a Infraestructuras Críticas (2015)

J.C. Fernández-Rodríguez, Claudio Payá, Martin Ramirez (eds.)
Centreur, Madrid

Security in Infrastructures (2016)

Martin Ramirez, J.C. Fernández-Rodríguez (eds.)
Cambridge Scholars Publishing

Cyberspace: Risks and Benefits for Society, Security and Development. (2017).

J. Martin Ramirez & Luis A. García-Segura (eds.)
Springer

Cross-Cultural Dialogue as a Conflict Management Strategy. (2018)

J. Martin Ramirez & Gracia Abad-Quintanal (eds.)
Cham (Switzerland): Springer International

The Future of Security and Defence of Europe (2018)

J. Martín Ramírez, Luis A. García-Segura
Nebrija, Madrid

Violencia y Educación (2018)

J. Martín Ramírez & V. Martínez-Otero Pérez (eds.)
Madrid: Universidad Antonio de Nebrija

Security and Defence in Europe, (2019).

J. Martin Ramirez & Jerzy Biziewski (eds.)
Springer International

Towards a Paradigm shift in Security. (2019).

J. Martin Ramirez & Luis A. García-Segura (eds.)
Madrid: Universidad Antonio de Nebrija

Violencia y Diversidad Cultural (2019)

J. Martín Ramírez & V. Martínez-Otero Pérez (eds.)
Madrid: Universidad Antonio de Nebrija

Violencia y Salud Mental (2020)

V. Martínez-Otero Pérez & J. Martín Ramírez (eds.)
Madrid: Universidad Antonio de Nebrija

Consciousness, the corporate world and conflict (2020)

Tina Lindhard a& Meera Raghu (eds.)
Aotearoa (New Zealand): CCA Global
Madrid: Universidad Antonio de Nebrija

A Shift in the Security Paradigm (2020)

J. Martin Ramirez & Jerzy Biziewski (eds.)
Springer International (2020)

Security in Central and Eastern Europe: cyberspace, police, prisons, transport, addictions, the media

Jopsef Blazek, Juliusz Piwowarski & J. Martin Ramirez (eds.)
Kraków 2020

La violencia en la familia

J. Martín Ramírez & Valentín Martínez-Otero (dirs.)
Dykinson (2020)

Security in the Global Commons and Beyond

J. Martin Ramirez & Bartolomé Bauzá (eds.)
Springer International (2021)

Security and Defense: Ethical and Legal Challenges in Front of Current Conflicts

J. Martin Ramirez & Luis A. García-Segura (eds.)
Madrid: Universidad Antonio de Nebrija (2021)

Violencia, Empatía y Neuroeducación

Valentín Martínez-Otero & J. Martin Ramirez
Ed. Nebrija (2021).

Sexo, Género y Violencia en Familia

J. Martín Ramírez & Valentín Martínez-Otero (dirs.)
Dykinson (2021)

Security and Defence: Ethical and Legal Challenges in the Face of Current Conflicts

J. Cayón Peña (ed.)
Springer International (2022).

Threats for Peace and Security: Asia vs West,

Martin Ramirez & Luis A. García-Segura (eds.)
Madrid: Universidad Antonio de Nebrija (2022).

Esta obra colectiva: *Depresión, Suicidio y Eutanasia*, brinda una mirada pluri-disciplinar (psicológica, pedagógica, médica, jurídica...) y se fundamenta en el concepto y en la dignidad de la persona. La investigación y la docencia, a las que nos dedicamos, se convierten así, merced a esta labor de difusión científica y frente a la tendencia tanatófila que parece extenderse inquietantemente por doquier, en una aventura maravillosa distinguida por el fomento de la cultura de la vida.