La Eutanasia en la Vejez: el Rol de la Personalidad y el Trastorno Depresivo Mayor en la Solicitud de una Muerte Digna

Euthanasia in Old Age: the Role of Personality and Major Depressive Disorder in the Request for a Dignified Death

Jesús Andrés Gracida Romero[1]*

ORCID: https://orcid.org/0009-0000-1044-958X

DOI: 10.65299/0n0a8d09

Tipo de artículo: Artículo original

[1] Licenciado en Medicina por la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Actualmente residente de Psiquiatría en el Hospital de Mataró, por la Universidad de Barcelona.

RESUMEN

El presente artículo analiza un caso clínico de una mujer de 82 años con trastorno depresivo mayor recurrente, discapacidad visual progresiva y rasgos narcisistas de personalidad, cuya solicitud persistente de eutanasia obliga a examinar con especial cuidado la relación entre psicopatología, estructura de personalidad, autonomía, sufrimiento existencial y envejecimiento.

El objetivo fue analizar de qué manera los rasgos de personalidad y la evolución del episodio depresivo incidieron en la experiencia subjetiva de pérdida de autonomía y en la persistencia de la solicitud de ayuda para morir. Se desarrolló un estudio de caso cualitativo, descriptivo-interpretativo, apoyado en revisión de expediente clínico, entrevistas psiquiátricas, observación longitudinal y contraste documental con literatura científica y normativa española.

La evolución mostró mejoría clínicamente relevante de la sintomatología afectiva después del tratamiento farmacológico y de seis sesiones de terapia electroconvulsiva; sin embargo, la petición de eutanasia persistió.

Se concluye que la valoración de solicitudes de eutanasia en adultos mayores con antecedentes psiquiátricos requiere un examen longitudinal y multidisciplinario de la capacidad decisional, la tratabilidad del sufrimiento, la personalidad, la funcionalidad, la biografía, los vínculos y las alternativas asistenciales.

Palabras clave: eutanasia; vejez; depresión mayor; personalidad; autonomía; sufrimiento existencial.

ABSTRACT

This article analyzes a clinical case of an 82-year-old woman with recurrent major depressive disorder, progressive visual impairment, and narcissistic personality traits. Her persistent request for euthanasia necessitates a careful examination of the relationship between psychopathology, personality structure, autonomy, existential suffering, and aging.

The objective was to analyze how personality traits and the progression of the depressive episode influenced the patient's subjective experience of a loss of autonomy and the persistence of her request for assistance in dying. A qualitative, descriptive-interpretative case study was conducted, drawing on a review of clinical records, psychiatric interviews, longitudinal observation, and a comparison with scientific literature and Spanish regulations.

The clinical course showed a clinically significant improvement in affective symptoms following pharmacological treatment and six sessions of electroconvulsive therapy; however, the request for euthanasia persisted.

It is concluded that the assessment of euthanasia requests in older adults with a psychiatric history requires a longitudinal, multidisciplinary evaluation of decision-making capacity, the treatability of suffering, personality, functional status, personal history, social bonds, and available care alternatives.

Keywords: euthanasia, old age, depression, disorder.

Fecha de recibido: 22 de septiembre de 2025
Fecha de aceptado: 18 de noviembre de 2025
Fecha de publicación: 30 de junio de 2026

Licencia creative commons:
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional ha modificado de manera sustantiva el escenario clínico en el que se toman decisiones sobre el final de la vida. La prolongación de la supervivencia convive con una mayor frecuencia de multimorbilidad, fragilidad, discapacidad sensorial y necesidad de apoyos.

En este marco, la salud mental de las personas mayores no puede estudiarse como un fenómeno aislado del cuerpo, de la trayectoria biográfica ni de las condiciones sociales en que se envejece. La depresión, la ansiedad, la soledad, la pérdida de roles y la reducción de la capacidad funcional pueden superponerse y producir formas de sufrimiento que no se dejan clasificar con facilidad como exclusivamente médicas, psicológicas o existenciales.

En España, la Ley Orgánica 3/2021 introdujo un marco jurídico específico para la prestación de ayuda para morir. La norma no equipara cualquier deseo de morir con una solicitud jurídicamente procedente: exige un contexto eutanásico definido, información sobre alternativas, reiteración de la voluntad, ausencia de presión externa y un procedimiento deliberativo con controles profesionales.

Este diseño resulta especialmente relevante cuando existe un trastorno mental, porque la presencia de un diagnóstico psiquiátrico no resuelve por sí sola la cuestión de la capacidad para decidir, pero tampoco permite ignorar la posibilidad de que síntomas potencialmente tratables alteren la valoración del futuro, la desesperanza o la percepción de alternativas.

El problema clínico central no consiste, por tanto, en establecer una oposición simple entre autonomía y enfermedad mental. La cuestión es más exigente: determinar, en una persona concreta y a lo largo del tiempo, qué componentes de su sufrimiento son modificables, cuáles permanecen pese a intervenciones adecuadas, cómo se articula su sistema de valores y hasta qué punto la decisión mantiene estabilidad, comprensión y ausencia de influencias indebidas.

En adultos mayores, esta valoración se vuelve todavía más compleja cuando el deterioro funcional amenaza atributos que habían sostenido la identidad durante décadas: independencia, productividad, control del entorno, imagen corporal o capacidad de cuidar de otros.

La literatura internacional sobre ayuda médica para morir por sufrimiento psiquiátrico muestra precisamente esta complejidad. El estudio de Kim, De Vries y Peteet (2016), basado en 66 casos neerlandeses, encontró alta frecuencia de comorbilidad, antecedentes de hospitalización psiquiátrica, aislamiento social y dificultades o trastornos de personalidad. Más que ofrecer una respuesta normativa aplicable a todos los contextos, esos datos advierten que las solicitudes asociadas al sufrimiento mental suelen surgir de configuraciones clínicas y sociales heterogéneas, y que las discrepancias entre profesionales sobre competencia, pronóstico o agotamiento terapéutico no son excepcionales.

El caso analizado en este trabajo permite estudiar una situación distinta pero relacionada: una mujer de 82 años con trastorno depresivo mayor recurrente, rasgos narcisistas, rigidez cognitiva y pérdida visual progresiva que mantiene su solicitud de eutanasia incluso después de una mejoría afectiva relevante.

Esta persistencia obliga a preguntarse si el deseo de morir conserva la misma significación antes y después del tratamiento, y si la estructura de personalidad condiciona la manera en que se representa la dependencia. El interés científico del caso no radica en convertir la personalidad en una explicación causal única, sino en examinar cómo interactúan depresión, identidad, funcionalidad, biografía y concepción personal de la dignidad.

El objetivo general es analizar la relación entre rasgos de personalidad, trastorno depresivo mayor en la vejez y percepción subjetiva del sufrimiento en una solicitud persistente de eutanasia. De manera articulada con ese propósito, el trabajo busca describir la evolución

Licencia
CC-By-NC-ND

clínica antes y después del tratamiento; identificar los elementos biográficos y de personalidad vinculados con la intolerancia a la dependencia; examinar la persistencia de la solicitud a la luz de la mejoría sintomática; y discutir las implicaciones clínicas, bioéticas y metodológicas de una valoración integral.

La pregunta que orienta el análisis es: ¿cómo interactúan la evolución de la depresión, los rasgos de personalidad y la pérdida de autonomía funcional en la construcción y persistencia de una solicitud de muerte médicamente asistida en la vejez?

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cualitativo de caso clínico con alcance descriptivo e interpretativo. La elección del estudio de caso responde a la necesidad de reconstruir un proceso clínico longitudinal en el que los significados atribuidos por la paciente a la autonomía, la dependencia y la dignidad constituyen parte sustantiva del fenómeno.

No se pretende estimar prevalencias ni establecer relaciones causales generalizables; el propósito es comprender la configuración de factores clínicos y subjetivos presentes en un caso complejo y contrastarla con literatura especializada.

La unidad de análisis fue una mujer de 82 años atendida en el Consorci Sanitari del Maresme, con antecedentes médicos de hipertensión arterial, dislipemia y miopía magna, además de diagnóstico de trastorno depresivo mayor recurrente, rasgos narcisistas de personalidad y rigidez cognitiva.

La información clínica se obtuvo mediante revisión del expediente, entrevistas psiquiátricas, observación clínica directa y seguimiento de la respuesta terapéutica. Se atendieron de manera específica la sintomatología afectiva, la ideación de muerte, el funcionamiento cotidiano, la experiencia de dependencia, la estabilidad de la solicitud, la red familiar y la manera en que la paciente narraba el deterioro visual.

El abordaje terapéutico incluyó venlafaxina y mirtazapina y, ante la gravedad y persistencia del episodio, seis sesiones de terapia electroconvulsiva. Para el análisis no se tomó la respuesta al tratamiento como una prueba automática de capacidad o incapacidad decisional. Se utilizó como un punto de comparación longitudinal: permitió observar qué dimensiones del sufrimiento variaban con la mejoría afectiva y cuáles permanecían relativamente estables.

Esta distinción es metodológicamente importante, pues evita confundir la remisión de determinados síntomas con la desaparición de todo sufrimiento y, al mismo tiempo, evita considerar inmutable una solicitud formulada durante una fase de mayor gravedad depresiva.

El análisis documental complementario se centró en cuatro núcleos: salud mental en la vejez; depresión y desesperanza; personalidad, vulnerabilidad narcisista y adaptación a la pérdida funcional; y regulación de la eutanasia, con énfasis en España y literatura comparada sobre solicitudes asociadas a trastornos psiquiátricos. Se incorporaron fuentes originalmente publicadas en inglés cuando resultaban pertinentes, traduciendo y parafraseando sus aportes para integrarlos al argumento en español. La revisión se utilizó para contrastar el caso, no para sustituir los datos clínicos por afirmaciones generales.

El procedimiento analítico se desarrolló mediante triangulación clínica y teórica. Primero se reconstruyó la secuencia temporal del episodio depresivo, el tratamiento y la solicitud de eutanasia. Después se identificaron unidades de significado relacionadas con control, dependencia, utilidad, dignidad, futuro y vínculos.

Finalmente, estas unidades se contrastaron con conceptos provenientes de la psicopatología, la psicología de la personalidad, la psiquiatría

Licencia
CC-By-NC-ND

geriátrica y la bioética. La interpretación se mantuvo deliberadamente prudente: la persistencia de la solicitud después de la mejoría depresiva permite cuestionar una explicación exclusivamente afectiva, pero no demuestra por sí sola que la personalidad sea la causa del deseo de morir.

Desde el punto de vista ético, el manuscrito utiliza información anonimizada y omite elementos innecesarios que pudieran favorecer la identificación. El análisis se rige por los principios de respeto a la autonomía, beneficencia, no maleficencia, confidencialidad y proporcionalidad.

La comunicación científica de un caso clínico exige documentar el consentimiento para su publicación o, cuando corresponda, la aprobación o exención del comité competente, de acuerdo con las normas institucionales aplicables.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Al inicio del seguimiento, el cuadro clínico se caracterizaba por anhedonia, apatía, insomnio, desesperanza, aislamiento social e ideación autolítica persistente. La discapacidad visual progresiva funcionaba como un organizador del sufrimiento: no era descrita únicamente como una limitación sensorial, sino como la evidencia de una pérdida irreversible de independencia.

La paciente vinculaba su valor personal con la capacidad de gobernar su vida sin ayuda, de modo que la necesidad creciente de apoyo era experimentada como una transformación intolerable de su identidad.

Esta forma de significar la dependencia es relevante porque el envejecimiento no produce una respuesta psicológica uniforme. Dos personas con deterioros funcionales semejantes pueden atribuirles significados radicalmente distintos. En el caso estudiado, la rigidez cognitiva y los rasgos narcisistas parecían reducir el margen para integrar una identidad compatible con la vulnerabilidad.

La necesidad de control, útil y adaptativa en otros momentos de la biografía, adquiría ahora un carácter más rígido frente a pérdidas que no podían revertirse. Desde esta perspectiva, la personalidad no debe entenderse como una etiqueta que invalida la voluntad, sino como una estructura que influye en la forma de interpretar el daño, anticipar el futuro y valorar las alternativas.

El tratamiento farmacológico y la terapia electroconvulsiva produjeron una mejoría relevante de la sintomatología afectiva: aumentó la reactividad emocional, disminuyó la apatía y mejoró el estado de ánimo general. El dato decisivo para el análisis fue que la solicitud de eutanasia no desapareció de manera paralela.

Esta divergencia obliga a abandonar una lectura lineal según la cual todo deseo de morir en una persona deprimida constituye necesariamente un síntoma que remitirá al tratar la depresión. Pero también impide la conclusión opuesta: que la persistencia posterior al tratamiento confirme automáticamente una decisión plenamente autónoma e irreversible. Lo que muestra el caso es la necesidad de volver a evaluar, después de la mejoría, los motivos, la consistencia, la comprensión y la apertura a alternativas.

Los hallazgos de Kim et al. (2016) ayudan a contextualizar esta exigencia. En su revisión de casos neerlandeses de eutanasia o suicidio asistido por trastornos psiquiátricos, 52 % presentaba problemas de personalidad destacados, 56 % tenía aislamiento o soledad expresamente mencionados y 45 % mostraba algún grado de dependencia funcional. Además, existieron desacuerdos entre médicos en una proporción relevante de casos.

Estos datos no son directamente extrapolables a España ni al caso aquí estudiado, pero ilustran que el sufrimiento psiquiátrico asociado a solicitudes de muerte asistida suele coexistir con factores de personalidad, médicos y sociales que requieren juicios clínicos complejos.

Licencia
CC-By-NC-ND

En la paciente, la pérdida visual no se agotaba en su efecto práctico. Su importancia derivaba de la amenaza que representaba para una imagen de sí misma construida alrededor de la autosuficiencia. Kohut (1977) y Kernberg han descrito, desde tradiciones psicodinámicas distintas, la vulnerabilidad que puede emerger cuando fuentes centrales de autoestima dejan de estar disponibles. En la vejez, las pérdidas corporales, sociales y de rol pueden intensificar esta vulnerabilidad. Sin embargo, utilizar estos modelos exige cautela: una interpretación psicodinámica no sustituye la evaluación clínica contemporánea ni permite deducir incapacidad. Su utilidad reside en formular hipótesis sobre el significado del deterioro y orientar preguntas clínicas que de otro modo podrían omitirse.

El concepto de dignidad constituye otro eje del caso. En la legislación española, la autonomía se articula con garantías dirigidas a asegurar que la voluntad sea informada, madura, genuina y libre de influencias indebidas. Desde el punto de vista clínico, la dignidad no puede reducirse a independencia física.

Si la paciente equipara dignidad con autosuficiencia absoluta, la tarea del equipo no consiste en imponerle otra concepción moral, sino en explorar si esa equivalencia permanece estable, si admite matices y si ha sido intensificada por depresión, vergüenza, miedo a ser una carga o experiencias concretas de cuidado.

La literatura sobre salud mental en personas mayores insiste en que el sufrimiento se configura por la interacción entre condiciones de salud y factores sociales. La pérdida de capacidad funcional, el duelo, la reducción del sentido de propósito y la necesidad de cuidados pueden aumentar la vulnerabilidad psicológica. Esta perspectiva es especialmente útil para evitar dos reduccionismos frecuentes: patologizar cualquier rechazo de una vida dependiente o, en sentido inverso, romantizar la autonomía sin examinar las condiciones materiales y relacionales en que se formula una decisión.

La participación familiar añade una dimensión relacional. En el caso, el acompañamiento de la familia podía interpretarse como respeto y compasión. Aun así, una valoración rigurosa debe explorar cómo se vive ese apoyo desde la perspectiva de la paciente: si disminuye el sentimiento de carga o, inadvertidamente, confirma la idea de que no existen alternativas deseables.

La autonomía relacional no significa que la familia determine la decisión; significa reconocer que las decisiones se forman en redes de lenguaje, afecto, dependencia y expectativas. Por ello, la entrevista individual y la evaluación de posibles presiones explícitas o implícitas resultan indispensables.

El marco español refuerza esta necesidad de deliberación. La Ley Orgánica 3/2021 exige información sobre el proceso médico, alternativas terapéuticas y cuidados paliativos, dos solicitudes separadas en el tiempo salvo circunstancias específicas, consulta con otro médico y controles de garantía.

En un caso con depresión recurrente, la cuestión clínica no es solo comprobar que se ha seguido un procedimiento formal, sino determinar si la paciente comprende las alternativas, puede ponderarlas conforme a sus propios valores y mantiene una decisión estable después de intervenciones razonables dirigidas a síntomas potencialmente reversibles.

El caso también obliga a precisar el concepto de irremediabilidad o ausencia de alternativas aceptables. En psiquiatría, los pronósticos suelen ser menos lineales que en algunas enfermedades somáticas, y la respuesta a tratamientos puede ser parcial, tardía o imprevisible.

Por ello, afirmar que un sufrimiento es refractario requiere reconstruir tratamientos previos, adecuación de dosis y duración, psicoterapia, intervenciones sociales, rehabilitación funcional y preferencias de la persona. La mejoría tras la terapia electroconvulsiva demuestra, en este caso, que al

Licencia
CC-By-NC-ND

menos una parte importante del sufrimiento era modificable. La persistencia posterior indica que quedaban dimensiones no resueltas, pero no define por sí misma su naturaleza ni su tratabilidad.

Una aportación central del caso es distinguir entre intensidad sintomática y arquitectura del sufrimiento. La primera puede medirse mediante síntomas depresivos; la segunda incluye los significados atribuidos a las pérdidas, la continuidad biográfica, la identidad, el temor a la dependencia y la posibilidad de imaginar un futuro con valor.

Esta distinción permite comprender por qué una persona puede mejorar en sueño, apetito, energía o reactividad afectiva y, sin embargo, continuar considerando inaceptable una vida que percibe como incompatible con su identidad.

Desde la perspectiva del adulto mayor, además, resulta necesario examinar la influencia del edadismo. Una cultura que identifica valor con productividad y autonomía puede convertir la dependencia en un signo de fracaso personal. El clínico debe evitar reproducir esa mirada y, a la vez, no debe atribuir automáticamente al edadismo una decisión que la persona ha elaborado de manera consistente.

La evaluación ética exige sostener ambas posibilidades: que existan presiones culturales que estrechen el horizonte de opciones y que una persona informada mantenga valores propios que concedan un peso excepcional a la independencia.

El estudio sugiere, por tanto, que la evaluación debería organizarse longitudinalmente y no como una fotografía. Resulta pertinente documentar qué argumentos aparecen durante la fase depresiva más intensa, cuáles cambian con el tratamiento, cuáles persisten y con qué grado de flexibilidad. También debe examinarse si la paciente puede reconocer razones contrarias a su decisión y explicar por qué no las considera suficientes. Esta capacidad de ponderación es más informativa que la mera repetición de una preferencia.

En términos metodológicos, el caso muestra la utilidad de combinar datos clínicos con análisis fenomenológico. La fenomenología no pretende sustituir el diagnóstico, sino describir cómo se experimentan la dependencia, el cuerpo y el futuro. En una solicitud de eutanasia, esta información puede ser decisiva para distinguir una frase aparentemente simple —'no quiero vivir así'— en sus componentes: dolor, desesperanza, vergüenza, pérdida de control, miedo, valores estables, conflicto familiar o necesidad de acompañamiento.

También deben reconocerse límites importantes. Se trata de un solo caso y no es posible inferir que los rasgos narcisistas conduzcan de forma general a solicitudes de eutanasia. Tampoco puede establecerse, con la información disponible, que la persistencia del deseo de morir constituya por sí misma evidencia suficiente de una decisión libre de influencia psicopatológica.

La descripción del caso depende de registros clínicos y de la interpretación del equipo; no se aplicó un diseño comparativo ni instrumentos estandarizados específicamente dirigidos a medir sufrimiento existencial o capacidad decisional. Estas limitaciones deben formar parte de la interpretación y no relegarse a una nota secundaria.

A pesar de esas restricciones, el valor del caso radica en mostrar un problema clínico concreto: después de mejorar la depresión, el equipo sigue enfrentándose a una paciente que considera la dependencia incompatible con una vida digna.

La respuesta académicamente rigurosa no consiste en decidir desde fuera si esa valoración es correcta, sino en demostrar que se han examinado de forma suficiente la capacidad, la estabilidad, la tratabilidad, las alternativas y el contexto relacional. Ese estándar protege tanto contra la desestimación paternalista de la voluntad como contra la aceptación precipitada

Licencia
CC-By-NC-ND

de una solicitud formulada en condiciones potencialmente modificables.

En síntesis, los resultados permiten sostener que la depresión, la personalidad y la discapacidad no operan como variables independientes. La depresión intensificó desesperanza y retraimiento; la discapacidad visual redujo autonomía efectiva; los rasgos de personalidad condicionaron el significado atribuido a esa pérdida; y la historia personal organizó la noción de dignidad alrededor del control. La solicitud de eutanasia emergió de esa interacción. Precisamente por ello, cualquier explicación monocausal resulta insuficiente.

Cuadro 1. Síntesis analítica del caso

Dimensión	Hallazgo clínico	Implicación analítica
Depresión	Síntomas afectivos severos con mejoría posterior al tratamiento.	Parte del sufrimiento fue modificable; requiere reevaluación posterior.
Funcionalidad	Discapacidad visual y dependencia progresiva.	La pérdida funcional adquirió significado identitario, no solo práctico.
Personalidad	Rigidez, necesidad de control y rasgos narcisistas.	Puede modular la adaptación a la vulnerabilidad sin invalidar por sí misma la autonomía.
Solicitud	Persistió tras la mejoría afectiva.	Obliga a examinar estabilidad, motivos, capacidad y alternativas de forma longitudinal.
Familia	Acompañamiento favorable a la solicitud.	Debe valorarse como contexto relacional.

Finalmente, la persistencia del deseo de morir después de una mejoría clínica debe ser tratada como un hallazgo que abre preguntas, no como una respuesta definitiva. Puede reflejar valores estables, sufrimiento existencial, adaptación insuficiente, patrones de personalidad, limitaciones funcionales no resueltas o combinaciones de estos elementos. El trabajo del investigador es mostrar qué evidencia apoya cada interpretación y dónde permanecen incertidumbres.

Esta forma de argumentar resulta más sólida que atribuir el fenómeno a una causa única. Además, es congruente con la naturaleza cualitativa del estudio: comprender la complejidad no significa renunciar a conclusiones, sino formularlas con un alcance proporcional a los datos disponibles.

El artículo también debe ser prudente al utilizar porcentajes procedentes de otros países. Las cifras de estudios neerlandeses describen poblaciones seleccionadas y sistemas específicos; no constituyen prevalencias aplicables a adultos mayores españoles. Su función es comparativa y heurística. De manera semejante, las estimaciones globales de salud mental en personas mayores contextualizan la relevancia del problema, pero no permiten inferir el estado clínico de una paciente individual. Esta distinción entre evidencia poblacional y razonamiento clínico es central para evitar generalizaciones indebidas. El caso adquiere valor precisamente por mostrar cómo categorías generales se concretan de forma singular en una trayectoria determinada.

Desde la perspectiva de calidad asistencial, la documentación es fundamental. Un expediente relacionado con una solicitud de ayuda para morir debería permitir reconstruir qué información recibió la paciente, qué tratamientos se ofrecieron, cuáles aceptó o rechazó, qué razones expresó, cómo se evaluó la capacidad y qué cambios se observaron. Para la investigación, esta trazabilidad reduce el riesgo de interpretaciones retrospectivas.

Licencia
CC-By-NC-ND

Para la práctica clínica, permite que distintos profesionales comprendan el proceso sin depender de impresiones aisladas. En el caso estudiado, una futura ampliación empírica podría incorporar una línea temporal clínica anonimizada que sintetice episodios depresivos, intervenciones, cambios funcionales y momentos de formulación de la solicitud.

El equipo clínico también necesita reconocer sus propios valores. Las decisiones sobre eutanasia pueden activar convicciones personales intensas a favor o en contra. Tales convicciones pueden influir en el modo de preguntar, en la selección de información y en la interpretación de la persistencia.

La deliberación multidisciplinaria funciona, entre otras cosas, como mecanismo de control de sesgos. Un segundo profesional puede identificar supuestos que el tratante no advierte. La existencia de discrepancias razonadas no debe verse como fracaso del proceso, sino como señal de que el caso contiene incertidumbres que requieren ser explicitadas. Documentar los argumentos de cada posición es más útil que buscar una unanimidad aparente.

El seguimiento clínico debería considerar asimismo la estabilidad de preferencias frente a escenarios hipotéticos y reales. Preguntar qué ocurriría si mejorara parcialmente la visión, si existieran apoyos domiciliarios, si disminuyera la carga percibida o si pudiera conservar determinadas actividades ayuda a identificar qué elementos son negociables y cuáles se consideran esenciales. No se trata de someter a la paciente a una prueba retórica, sino de comprender la estructura de su decisión.

Una preferencia que puede explicar sus condiciones, reconocer incertidumbres y mantener coherencia frente a información nueva ofrece datos distintos de una respuesta rígida que no logra procesar alternativas. La interpretación, sin embargo, debe evitar equiparar flexibilidad con capacidad: una persona competente puede sostener valores muy firmes.

La coherencia entre objetivo, resultados y conclusiones constituye otro criterio de calidad. Si el objetivo es analizar la relación entre personalidad, depresión y sufrimiento, los resultados deben mostrar evidencias de cada dimensión y de sus interacciones. Las conclusiones, a su vez, no pueden introducir afirmaciones nuevas que no hayan sido discutidas.

Por ello, la versión ampliada organiza el argumento alrededor de la evolución temporal: depresión severa y solicitud; intervención terapéutica; mejoría afectiva; persistencia de la solicitud; reinterpretación de los motivos; necesidad de valoración integral. Esta secuencia permite responder a la pregunta de investigación sin convertir el texto en un listado de temas independientes.

La relación entre el caso clínico y la revisión documental exige que la literatura cumpla funciones analíticas identificables: contextualizar el problema, sustentar conceptos, contrastar hallazgos y delimitar el alcance de las inferencias. La acumulación de citas, por sí sola, no incrementa el rigor. La evidencia internacional resulta pertinente cuando permite comprender mejor la evolución observada y situar el caso frente a hallazgos comparables, sin sustituir la interpretación clínica ni extrapolar resultados obtenidos en otros marcos jurídicos y asistenciales.

La discusión sobre personalidad requiere, además, distinguir rasgo de trastorno. El manuscrito original habla de rasgos narcisistas y en algunos pasajes aproxima esos rasgos a una estructura patológica. Para mantener consistencia diagnóstica, la versión revisada evita afirmar un trastorno de personalidad completo cuando no se documentan criterios diagnósticos suficientes.

Esta precisión no es menor: sobrediagnosticar puede estigmatizar y atribuir a la personalidad decisiones que tienen múltiples determinantes. En cambio, describir rasgos clínicamente observables —rigidez, necesidad de control,

Licencia
CC-By-NC-ND

vulnerabilidad ante dependencia— permite analizar su relevancia sin exceder la evidencia disponible.

La comparación internacional debe conservar igualmente sus límites. Países Bajos, Bélgica, Canadá y España utilizan marcos normativos y terminologías que no son idénticos. Las categorías de eutanasia, suicidio asistido y ayuda médica para morir no pueden intercambiarse sin precisión. Tampoco son equivalentes los requisitos respecto de enfermedad terminal, sufrimiento psiquiátrico, revisión independiente o mecanismos de control.

Por ello, los estudios extranjeros sirven para identificar problemas clínicos comunes —capacidad, sufrimiento, pronóstico, soledad, personalidad, desacuerdo profesional—, pero la interpretación jurídica del caso debe permanecer anclada en la legislación española aplicable. Esta separación entre evidencia clínica comparada y norma nacional es indispensable para un artículo destinado a evaluación por pares.

La dimensión de género requiere una interpretación prudente. El caso corresponde a una mujer mayor y algunas series internacionales sobre solicitudes asociadas a sufrimiento psiquiátrico registran una presencia elevada de mujeres; sin embargo, esos datos no autorizan a atribuir causalidad al género.

Las trayectorias de cuidado, las expectativas de autosuficiencia, la viudez, la dependencia económica y la disponibilidad de redes pueden intervenir en la experiencia del envejecimiento, pero la información biográfica disponible en este caso no permite establecer asociaciones específicas. Por ello, el género se reconoce como dimensión contextual sin convertirlo en explicación causal de la solicitud.

En relación con la edad, existe además un riesgo de doble estándar. Puede asumirse con excesiva facilidad que el deseo de morir es comprensible en una persona de 82 años, mientras una afirmación semejante en alguien más joven activaría una evaluación intensiva de riesgo y tratamiento.

El edadismo puede aparecer precisamente bajo la forma de una aparente comprensión. Por otro lado, negar a una persona mayor la posibilidad de formular decisiones complejas por razón de edad también constituye una forma de discriminación. El criterio adecuado no es la edad cronológica, sino la situación clínica, la capacidad, la voluntariedad, la información disponible y los requisitos legales. Esta simetría protege tanto frente al abandono terapéutico como frente al paternalismo.

El concepto de dignidad también requiere evitar definiciones impuestas. En bioética, puede utilizarse como fundamento universal del valor de toda persona, mientras en la experiencia individual puede referirse a privacidad, control, ausencia de humillación, independencia o coherencia con valores propios. El caso muestra una tensión entre estas acepciones.

Para el equipo, la dependencia no elimina la dignidad intrínseca; para la paciente, puede ser vivida como pérdida de una forma de dignidad personal asociada al control de la propia vida. Una evaluación respetuosa debe hacer explícita esta diferencia. No es necesario compartir la definición de la paciente para comprenderla, pero sí es necesario comprobar que no sea únicamente el resultado transitorio de desesperanza tratable o de condiciones de cuidado susceptibles de modificación.

La autonomía, por tanto, debe comprenderse como una capacidad ejercida dentro de condiciones concretas. La paciente decide con una historia, un cuerpo, vínculos y recursos determinados. Esta perspectiva relacional no disminuye su agencia; permite identificar obstáculos que podrían distorsionarla. Si la falta de ayudas técnicas, el aislamiento o la sobrecarga familiar hacen parecer inevitable una dependencia extrema, mejorar esas condiciones amplía la libertad real.

Licencia
CC-By-NC-ND

Si, aun con apoyos adecuados, la persona mantiene una valoración estable de su situación, esa persistencia adquiere un significado distinto. El análisis clínico debe documentar ambos niveles: la competencia para decidir y las condiciones efectivas desde las cuales se decide.

La psicoterapia y las intervenciones de apoyo merecen la misma cautela. No existe una técnica que garantice resignificar la dependencia ni sería ético plantearla como mecanismo para persuadir a la paciente de abandonar su solicitud. Su función puede ser ofrecer un espacio para elaborar pérdidas, examinar pensamientos absolutos, recuperar vínculos y explorar fuentes de valor compatibles con las nuevas limitaciones.

En una paciente con rasgos de personalidad rígidos, el ritmo y los objetivos deben ser realistas. El hecho de que determinados patrones sean de larga duración no significa que toda intervención sea inútil; significa que el cambio puede ser parcial y que el pronóstico debe formularse con modestia. Para valorar tratabilidad es necesario distinguir entre ausencia de curación completa y ausencia de cualquier mejoría significativa.

Los cuidados paliativos también requieren una comprensión amplia. Aunque suelen asociarse a enfermedad avanzada y síntomas físicos, su enfoque incorpora alivio del sufrimiento, comunicación, objetivos de cuidado y apoyo a la familia. En situaciones donde predomina sufrimiento psicológico o existencial, la pertinencia de equipos especializados dependerá del contexto clínico, pero la lógica paliativa ofrece herramientas de deliberación valiosas. Informar sobre cuidados paliativos, como exige el marco español, no debe convertirse en una formalidad documental.

La persona necesita comprender qué pueden y qué no pueden ofrecer, de manera que su aceptación o rechazo sea informado. Presentar alternativas de forma idealizada puede ser tan problemático como omitirlas, porque una decisión auténtica requiere expectativas realistas.

La dimensión temporal de la discapacidad merece igualmente atención. No es lo mismo una pérdida reciente, ante la cual todavía no ha existido oportunidad de rehabilitación y adaptación, que una limitación prolongada después de múltiples intentos de ajuste. Las primeras etapas pueden acompañarse de duelo, ansiedad y rechazo intenso.

Con el tiempo, algunas personas desarrollan nuevas estrategias y otras mantienen una percepción de pérdida inaceptable. En el caso estudiado, documentar con precisión la cronología de la miopía magna, el deterioro funcional y los recursos de rehabilitación permitiría fortalecer el análisis clínico. Esa información ayudaría a valorar si la solicitud surge durante una fase de adaptación todavía abierta o después de un proceso prolongado en el que se han explorado apoyos razonables.

El lenguaje utilizado por los profesionales tiene efectos clínicos. Expresiones como 'no quiere vivir', 'rechaza la dependencia' o 'presenta rasgos narcisistas' condensan fenómenos distintos y pueden producir sesgos si se convierten en conclusiones.

Para una investigación de caso es preferible describir conductas, argumentos y secuencias: qué actividades perdió, qué ayuda requiere, cómo explica su sufrimiento, qué alternativas rechazó y por qué, qué cambió después del tratamiento. Este nivel descriptivo permite que el lector evalúe la plausibilidad de la interpretación. También reduce el riesgo de que un concepto psicopatológico funcione como juicio moral. El rigor metodológico se expresa tanto en las fuentes consultadas como en la precisión con la que se construye la narrativa clínica.

También es necesario diferenciar eutanasia, suicidio e ideación suicida sin borrar las zonas de contacto clínico. Una solicitud regulada de ayuda para morir ocurre dentro de un procedimiento sanitario y jurídico específico, mientras el comportamiento suicida se estudia desde otros marcos de prevención y riesgo. Sin embargo, cuando existe depresión mayor e ideación

Licencia
CC-By-NC-ND

autolítica, el equipo debe evaluar de manera explícita el riesgo suicida y su relación con la solicitud.

La presencia de una petición de eutanasia no convierte automáticamente toda ideación de muerte en una decisión estable ni suspende las obligaciones de tratamiento y protección frente a una crisis aguda. Al mismo tiempo, reducir toda solicitud a suicidabilidad puede impedir escuchar razones persistentes que la persona formula en un contexto de capacidad conservada. La diferenciación exige evaluación, no etiquetas.

La revisión de literatura internacional muestra que los casos psiquiátricos han generado debates precisamente por la dificultad de establecer pronóstico, irremediabilidad y capacidad. Kim et al. (2016) describieron pacientes con historias clínicas complejas, múltiples diagnósticos y frecuentes desacuerdos profesionales.

El valor de ese estudio para el presente trabajo no consiste en trasladar criterios neerlandeses a España, cuyos marcos jurídicos y asistenciales son distintos, sino en evidenciar que la evaluación del sufrimiento mental requiere prudencia ante afirmaciones categóricas. La existencia de desacuerdo entre profesionales puede reflejar incertidumbre razonable y no necesariamente error. En un manuscrito académico, reconocer esa incertidumbre fortalece el argumento porque evita presentar como certeza lo que, por naturaleza, exige deliberación clínica.

La valoración cognitiva constituye otro componente indispensable en la vejez. La ausencia de un diagnóstico de demencia no equivale a funcionamiento cognitivo intacto, y la presencia de dificultades cognitivas leves tampoco implica incapacidad decisional. Deben considerarse atención, memoria, funciones ejecutivas, lenguaje y capacidad de sostener un razonamiento complejo.

La discapacidad visual puede, además, interferir con determinadas pruebas y exigir adaptaciones para no confundir limitación sensorial con deterioro cognitivo. En un proceso relacionado con decisiones al final de la vida, los instrumentos estandarizados pueden apoyar la evaluación, pero no reemplazan el juicio clínico contextual. El objetivo es determinar si la persona comprende su situación concreta y las consecuencias de las opciones disponibles, no alcanzar una puntuación abstracta desvinculada de la decisión.

En este sentido, la solicitud de eutanasia no debería ser tratada como un acontecimiento aislado dentro de la historia clínica. Su formulación puede cambiar en intensidad, lenguaje y fundamento. Una metodología longitudinal permite registrar si aparece exclusivamente en crisis, si persiste durante periodos de mayor estabilidad, si se relaciona con eventos concretos o si expresa una posición mantenida durante años. También permite identificar ambivalencia.

La ambivalencia no invalida automáticamente una decisión; es frecuente en decisiones graves. No obstante, conocerla ayuda a evitar una lectura binaria en la que la persona simplemente 'quiere' o 'no quiere' morir. Preguntar qué condiciones harían la vida más aceptable puede revelar necesidades tratables, pero también puede confirmar que ciertas pérdidas son consideradas incompatibles con valores profundamente arraigados.

El marco legal español aporta garantías procedimentales que dialogan directamente con estos problemas clínicos. La Ley Orgánica 3/2021 establece que la decisión debe ser autónoma, consciente e informada, que la persona debe conocer alternativas terapéuticas y cuidados paliativos y que el proceso incluye deliberación y evaluación por profesionales. En un análisis académico, la ley no debe citarse únicamente como antecedente normativo; debe integrarse a la lógica del caso.

La exigencia de información se relaciona con la comprensión, la reiteración temporal con la estabilidad, la consulta profesional con la necesidad de contraste y la ausencia de presión externa con la protección de la genuinidad de la

Licencia
CC-By-NC-ND

voluntad. Estas garantías no eliminan la incertidumbre clínica, pero crean momentos específicos para identificarla y discutirla.

La familia, por su parte, necesita un espacio propio de evaluación y acompañamiento. Los allegados pueden experimentar compasión, agotamiento, miedo, culpa y deseo de respetar la voluntad de la paciente de manera simultánea. Ninguna de estas emociones demuestra por sí sola una influencia indebida.

Sin embargo, la complejidad afectiva aconseja entrevistas que permitan distinguir apoyo de presión, aceptación de resignación y respeto de abandono. También es importante que la paciente pueda hablar sin familiares presentes en momentos clave. La autonomía se protege mejor cuando existen condiciones para expresar dudas, ambivalencias y cambios de opinión sin sentir que se decepciona a quienes la rodean. La posibilidad de revocar o aplazar una solicitud debe ser vivida como una opción real, no como una inconsistencia que deba justificarse ante la familia o el equipo.

El temor a ser una carga merece una exploración independiente. En personas mayores, puede aparecer incluso cuando la familia expresa disponibilidad para cuidar. La paciente puede interpretar la necesidad de ayuda como una deuda, una pérdida de reciprocidad o una inversión indeseable de roles. Si ese temor está presente, la respuesta clínica no consiste en negarlo con frases tranquilizadoras, sino en investigar su fundamento: cuánto cuidado requiere realmente, cómo se distribuye, qué opinan los familiares y qué apoyos formales existen.

La percepción de carga puede disminuir cuando se modifican condiciones materiales, pero también puede persistir como una convicción identitaria. Diferenciar ambas posibilidades es relevante porque una decisión solo puede considerarse plenamente informada si la persona conoce alternativas realistas de apoyo y no imagina la dependencia en términos más extremos que los que efectivamente enfrenta.

La noción de sufrimiento existencial resulta útil siempre que no se convierta en una categoría residual para todo aquello que no mejora con medicación. Incluye preguntas sobre sentido, identidad, finitud, dependencia, culpa, soledad y temor a convertirse en una carga. Tales dimensiones pueden coexistir con depresión clínica y potenciarse mutuamente.

La separación analítica entre sufrimiento depresivo y existencial es, por ello, una herramienta y no una frontera absoluta. En la práctica, ambos pueden retroalimentarse: la depresión estrecha el horizonte de significado, mientras la pérdida de sentido puede profundizar síntomas depresivos. El caso estudiado muestra esta interdependencia y sugiere que el seguimiento debe documentar no solo escalas o síntomas, sino también transformaciones en la narrativa con la que la paciente explica por qué considera intolerable su situación.

La vejez introduce además un problema de continuidad biográfica. El deterioro funcional no ocurre en un vacío, sino en una persona que ha construido durante décadas formas relativamente estables de reconocerse. La discapacidad visual puede alterar actividades, movilidad, lectura, interacción social y manejo autónomo de tareas cotidianas.

Cuando estas capacidades habían sido centrales para la identidad, su pérdida puede vivirse como una fractura entre el yo anterior y el yo actual. El trabajo clínico necesita entonces reconstruir qué aspectos de la identidad permanecen disponibles, cuáles pueden transformarse y cuáles son considerados irrenunciables por la propia persona.

Esta reconstrucción no busca convencerla de que su vida debe tener un sentido determinado; busca comprender si su conclusión sobre la imposibilidad de una vida digna ha sido examinada desde un horizonte suficientemente amplio.

En este punto conviene evitar una inferencia frecuente: considerar que todo motivo que

Licencia
CC-By-NC-ND

persiste después de mejorar la depresión pertenece necesariamente a una estructura de personalidad inmodificable. La personalidad también puede expresarse con distintos grados de flexibilidad según el contexto, la calidad del vínculo terapéutico, el apoyo social y la posibilidad de elaborar pérdidas.

Por ello, hablar de rasgos narcisistas en el caso exige una formulación clínica cuidadosa. No se trata de atribuir egoísmo, vanidad o falta de empatía, sentidos coloquiales que distorsionan el concepto. El interés está en la regulación de la autoestima, la necesidad de control, la vulnerabilidad ante experiencias de dependencia y la dificultad para integrar una imagen de sí misma que incluya limitaciones sin que estas sean vividas como anulación completa del valor personal.

La terapia electroconvulsiva ocupa un lugar particular en este caso. Su utilización suele reservarse para cuadros depresivos graves, resistentes, con alto riesgo o en los que se necesita una respuesta clínica rápida. La mejoría observada después de seis sesiones no debe presentarse como una demostración de curación completa, pero sí como evidencia de que el estado afectivo era susceptible de modificación.

Para el propósito de este estudio, lo más relevante no es discutir la eficacia general de la técnica, sino utilizar el cambio clínico como una especie de contraste natural dentro del seguimiento: antes y después del tratamiento, ¿qué razones para morir permanecieron, ¿cuáles disminuyeron y cuáles adquirieron una formulación diferente? Esa comparación fortalece el análisis porque permite distinguir componentes más dependientes del estado de ánimo de otros vinculados con valores, identidad o adaptación a la discapacidad.

La distinción anterior adquiere especial importancia en el trastorno depresivo mayor porque la desesperanza no es únicamente tristeza intensa. Puede modificar la expectativa de futuro y reducir la capacidad subjetiva para imaginar escenarios distintos del presente. Una persona puede comprender intelectualmente que existen alternativas y, al mismo tiempo, experimentar una certeza afectiva de que ninguna de ellas podrá mejorar su situación.

Desde el punto de vista clínico, esta discrepancia exige una entrevista que no se limite a preguntar si la paciente conoce las opciones. Debe indagarse qué significado les atribuye, qué resultados espera de ellas y por qué las considera aceptables o inaceptables. El análisis del razonamiento permite identificar si la negativa se funda en valores estables o si está dominada por generalizaciones absolutas características de un episodio depresivo.

Una primera consecuencia de esta lectura es la necesidad de separar tres preguntas que con frecuencia se confunden: si existe un trastorno mental, si ese trastorno afecta de manera relevante la capacidad de decisión y si el sufrimiento que fundamenta la solicitud ha sido suficientemente abordado. La respuesta afirmativa a la primera pregunta no determina las otras dos.

En psiquiatría clínica, el diagnóstico describe un conjunto de síntomas y patrones de funcionamiento, pero la capacidad se refiere a habilidades decisionales concretas en un momento determinado. De ahí que una evaluación rigurosa deba explorar comprensión de la información, apreciación de la propia situación, razonamiento entre alternativas y posibilidad de expresar una elección consistente.

En una persona mayor con depresión, estas habilidades pueden fluctuar y deben examinarse en relación con la gravedad del episodio, la presencia de síntomas psicóticos, el deterioro cognitivo, los efectos farmacológicos y la evolución posterior al tratamiento.

El principal aprendizaje metodológico del caso es que la pregunta clínica debe permanecer abierta durante el seguimiento. Al inicio, la gravedad depresiva justificaba priorizar tratamiento y seguridad. Después de la mejoría, la pregunta cambió: ya no bastaba con

Licencia
CC-By-NC-ND

determinar si existía depresión, sino que era necesario comprender por qué la solicitud persistía y con qué relación respecto de la identidad y la discapacidad.

Un estudio de caso bien construido debe mostrar precisamente esa transformación de las preguntas. De este modo, el artículo deja de ser una descripción estática de una paciente con varios diagnósticos y se convierte en el análisis de un proceso decisional sometido a cambios clínicos, terapéuticos y existenciales.

La distinción entre dato, interpretación y discusión es indispensable para valorar el alcance de los hallazgos. Constituyen datos la edad, los diagnósticos documentados, los tratamientos administrados, la evolución observada y la persistencia de la solicitud. En cambio, atribuir a la necesidad de control o a determinados rasgos de personalidad una influencia sobre la vivencia de dependencia corresponde al nivel interpretativo.

El contraste de esas hipótesis con la literatura sobre personalidad, envejecimiento y eutanasia pertenece a la discusión. Mantener diferenciados estos niveles evita presentar inferencias como hechos y permite ponderar con mayor precisión la solidez de cada afirmación.

La calidad de la comunicación es igualmente decisiva. Las conversaciones sobre muerte asistida pueden deteriorarse si el equipo responde con alarma, silencio o juicios morales. Una escucha abierta no equivale a aprobar la solicitud; permite comprenderla y reduce la necesidad de que la paciente intensifique su lenguaje para ser tomada en serio. A su vez, una actitud excesivamente afirmativa puede cerrar prematuramente la exploración de ambivalencias.

El equilibrio consiste en validar la realidad del sufrimiento mientras se investigan sus componentes y alternativas. Esta postura clínica es compatible con la neutralidad profesional y con el respeto a la autonomía.

Otro aspecto relevante es la proporcionalidad de las intervenciones. La obligación de tratar síntomas potencialmente reversibles no significa prolongar indefinidamente intervenciones que ofrecen beneficios mínimos o que la paciente considera intolerables. La deliberación clínica debe valorar carga, probabilidad de respuesta, tiempo necesario y preferencias.

En el caso, la utilización de terapia electroconvulsiva indica que se emprendió una intervención de alta intensidad ante la gravedad del cuadro. Su respuesta parcial aporta información valiosa, pero la discusión debería reconocer que el concepto de tratamiento suficiente depende del conjunto de opciones razonables y no de una lista ilimitada de procedimientos posibles.

La investigación cualitativa ofrece una ventaja para este tipo de problemas: permite conservar contradicciones sin forzarlas a desaparecer. Una paciente puede agradecer el cuidado y, al mismo tiempo, rechazar depender; puede experimentar momentos de bienestar y mantener una solicitud de eutanasia; puede amar a su familia y considerar inaceptable continuar viviendo.

Estas tensiones no necesariamente indican incoherencia patológica. Pueden formar parte de una decisión difícil. El análisis debe identificar cuándo la contradicción refleja ambivalencia elaborada y cuándo surge de alteraciones en el juicio, la memoria o el estado de ánimo. La calidad del caso depende de mostrar estas diferencias con evidencia clínica y no resolverlas mediante interpretaciones simplificadoras.

La narrativa de inutilidad también debe examinarse críticamente. Sentirse inútil puede expresar un síntoma depresivo, una reacción a la pérdida de roles o una valoración cultural interiorizada. El clínico necesita preguntar qué entiende la paciente por ser útil y qué actividades considera valiosas. Si la utilidad se limita a producir, cuidar o actuar sin ayuda, la dependencia puede experimentarse como exclusión completa de la vida significativa.

vol. 2, no. 2, enero-junio 2026
ISSN Electrónico 3122-444X
DOI: 10.65299/0n0a8d09
https://ojs.pressmark.net/index.php/revistacipac/es

Licencia
CC-By-NC-ND

Explorar otras formas de participación no implica imponerlas, pero permite saber si la paciente ha tenido oportunidad de considerarlas desde un estado afectivo más estable. Esta exploración es especialmente relevante después de la mejoría depresiva, cuando puede reevaluarse el alcance de afirmaciones previamente absolutas.

La soledad merece distinguirse del aislamiento objetivo. Una persona puede vivir acompañada y sentirse profundamente sola, o vivir sola y mantener vínculos significativos. Los estudios internacionales sobre eutanasia por sufrimiento psiquiátrico han señalado con frecuencia problemas de aislamiento, pero cada caso requiere precisar la calidad de los vínculos. En la paciente estudiada, la existencia de apoyo familiar no resuelve automáticamente la cuestión.

Sería útil conocer si mantiene conversaciones significativas, si participa en decisiones familiares, si conserva actividades placenteras y si percibe reciprocidad en sus relaciones. Estos elementos pueden modificar el sufrimiento existencial y, al mismo tiempo, ofrecer información sobre la amplitud del mundo vital que la paciente considera perdido.

En psiquiatría geriátrica, la multimorbilidad obliga a pensar de manera integrada. La hipertensión, la dislipemia o la discapacidad visual pueden no explicar directamente la solicitud, pero forman parte del contexto corporal en el que se experimenta el envejecimiento.

Los efectos secundarios de tratamientos, la fatiga, las dificultades de movilidad y las pérdidas sensoriales pueden influir en sueño, actividad y participación social. Una valoración fragmentada corre el riesgo de atribuir a la depresión síntomas que tienen componentes médicos o, en sentido inverso, de considerar puramente somático un retraimiento sostenido por desesperanza. La coordinación entre especialidades no es un complemento administrativo, sino una condición para construir una explicación clínica suficientemente completa.

La evaluación de alternativas debe incluir no solo su existencia objetiva, sino su aceptabilidad para la persona. La legislación española utiliza precisamente una formulación que obliga a considerar el sufrimiento desde la perspectiva del solicitante. Sin embargo, la aceptabilidad subjetiva no elimina la obligación profesional de explicar con claridad opciones razonables. Existe una diferencia entre que una alternativa no exista, que tenga una probabilidad mínima de beneficio y que la paciente la rechace por considerarla incompatible con sus valores.

Registrar esa diferencia mejora la calidad del análisis. También permite evitar que el término 'refractario' se utilice de manera imprecisa para describir cualquier sufrimiento persistente.

La noción de control atraviesa buena parte del material clínico. En etapas previas de la vida, mantener control sobre decisiones, rutinas y responsabilidades puede haber sido una fuente de eficacia y autoestima. Con el envejecimiento y la discapacidad, esa misma disposición puede entrar en conflicto con situaciones que exigen aceptar ayuda.

La solicitud de eutanasia puede entonces adquirir, entre otros significados posibles, el de recuperar control frente a un cuerpo percibido como impredecible. Esta interpretación debe presentarse como hipótesis clínica y contrastarse con el discurso de la paciente. Su relevancia está en mostrar que una misma conducta puede cumplir funciones psicológicas distintas: escapar del dolor, evitar dependencia, preservar coherencia identitaria o ejercer una decisión considerada última expresión de autodeterminación.

El concepto de adaptación tampoco debe confundirse con conformidad. Adaptarse a una discapacidad significa desarrollar formas de funcionamiento y significado que permitan continuar la vida bajo condiciones distintas; no implica considerar deseable la pérdida ni renunciar al duelo. Algunas personas logran reorganizar actividades y relaciones, mientras otras consideran que las modificaciones

Licencia
CC-By-NC-ND

disponibles no preservan aspectos esenciales de su proyecto vital.

En el caso analizado, la dificultad de adaptación es un dato clínico, pero su interpretación exige conocer qué apoyos fueron realmente accesibles. Una conclusión sobre intolerancia a la dependencia sería incompleta si no se documentaran las posibilidades concretas de rehabilitación visual, asistencia domiciliaria, ayudas técnicas y acompañamiento psicológico ofrecidas.

Una línea adicional de análisis corresponde a la diferencia entre deseo de morir y solicitud formal de ayuda para morir. El primero puede aparecer de manera pasiva, fluctuante o asociada a momentos de crisis; la segunda implica convertir ese deseo en una petición dirigida al sistema sanitario, sostenerla a través de un procedimiento y asumir sus consecuencias.

Para comprender el caso es importante reconstruir ese tránsito. ¿Cuándo dejó de tratarse de una expresión de cansancio o desesperanza y se convirtió en una decisión formulada de manera persistente? ¿Qué acontecimientos precedieron ese cambio? ¿La paciente buscó información por iniciativa propia? Estas preguntas permiten evaluar la elaboración de la decisión sin asumir que todas las expresiones de muerte tienen el mismo valor clínico.

En consecuencia, la contribución del presente caso se sitúa en la intersección entre psiquiatría geriátrica, psicología de la personalidad y bioética clínica. Su interés no depende de ofrecer una respuesta definitiva sobre la decisión final, sino de mostrar qué preguntas deben sostenerse para que la evaluación sea rigurosa. La solicitud de una muerte digna en una persona mayor con depresión no puede ser comprendida adecuadamente si se ignora la posibilidad de tratamiento, pero tampoco si se reduce toda persistencia a enfermedad.

Entre ambos extremos se encuentra el trabajo clínico sostenido: tratar, escuchar, reevaluar, contextualizar y documentar. Esa secuencia constituye el núcleo metodológico del artículo y permite que las conclusiones se mantengan vinculadas con los objetivos y con la evidencia realmente disponible.

El análisis integral de este tipo de casos se beneficia de la combinación de descripción clínica longitudinal, evaluación estructurada de la capacidad, medidas de depresión y desesperanza, valoración funcional y entrevistas cualitativas sobre dignidad y sentido. La perspectiva de familiares y profesionales puede incorporarse como fuente diferenciada, sin sustituir la voz de la paciente.

La comparación entre distintos momentos clínicos permite reconocer cambios y permanencias en los motivos expresados, mientras que la evidencia multicéntrica puede contribuir a identificar configuraciones recurrentes sin presuponer la existencia de un perfil psicológico único.

Esta perspectiva permite comprender por qué el análisis de la personalidad es clínicamente pertinente sin convertirlo en un argumento de descalificación. Los rasgos estables ofrecen continuidad a la biografía y ayudan a explicar por qué determinadas pérdidas tienen un peso excepcional. Si durante toda su vida la paciente valoró de manera intensa independencia y control, la solicitud puede guardar coherencia con valores previos; si esos valores aparecen radicalizados solo durante la depresión, la interpretación sería diferente.

Reconstruir antecedentes de decisiones, formas de afrontar enfermedades y actitudes previas frente a la dependencia aportaría evidencia adicional. La coherencia biográfica no decide por sí misma la cuestión, pero permite valorar si la posición actual representa continuidad, ruptura o intensificación de patrones anteriores.

La posibilidad de que la solicitud cambie con el tiempo debe quedar incorporada a la propia concepción de autonomía. Una decisión autónoma no tiene que ser inmutable; puede revisarse cuando cambian el estado clínico, la

Licencia
CC-By-NC-ND

información o las condiciones de vida. Por eso, el seguimiento no debe interpretar un cambio de opinión como fracaso ni la persistencia como prueba automática de autenticidad.

Lo relevante es conocer el proceso mediante el cual la persona íntegra información nueva. En el caso analizado, la mejoría depresiva constituye precisamente información nueva sobre su propia capacidad de experimentar alivio. La pregunta posterior es si esa experiencia modificó la valoración de la dependencia o si, aun reconociendo la mejoría, la paciente mantuvo que sus limitaciones funcionales resultaban incompatibles con su proyecto de vida.

CONCLUSIONES

El objetivo general de este trabajo fue analizar la relación entre los rasgos de personalidad, el trastorno depresivo mayor en la vejez y la percepción subjetiva del sufrimiento en una solicitud persistente de eutanasia. El análisis del caso permite responder que dicha relación no es lineal ni reducible a un único diagnóstico.

La solicitud apareció en un contexto de depresión severa, pérdida visual progresiva y disminución de la autonomía, pero su persistencia después de una mejoría afectiva relevante mostró que el sufrimiento estaba organizado también por significados más estables vinculados con identidad, control, dependencia y dignidad.

Respecto del primer propósito específico, la reconstrucción longitudinal mostró que el tratamiento farmacológico y la terapia electroconvulsiva modificaron de forma apreciable la sintomatología depresiva. Este resultado es clínicamente decisivo porque demuestra que una parte del sufrimiento era tratable y que la valoración de la solicitud no debía quedar fijada al momento de mayor gravedad. La reevaluación posterior al tratamiento constituye, por tanto, una condición metodológica y ética para distinguir cambios en el deseo de morir, en su intensidad y en sus fundamentos.

En relación con el segundo propósito, los rasgos narcisistas y la rigidez cognitiva ayudaron a comprender por qué la dependencia era experimentada como una amenaza particularmente intensa. No se concluye que tales rasgos determinen una solicitud de eutanasia ni que anulen la capacidad de decisión. Lo que el caso permite sostener es que la personalidad configura la forma en que se interpretan las pérdidas.

Cuando la autoestima y la continuidad del yo se encuentran estrechamente ligadas a la independencia, el deterioro funcional puede adquirir una significación de ruptura biográfica y no únicamente de limitación física.

En cuanto al tercer propósito, la persistencia de la solicitud después de la mejoría depresiva impide atribuirla exclusivamente al episodio afectivo. Sin embargo, tampoco autoriza a considerarla automáticamente independiente de toda influencia psicopatológica. La conclusión más sólida es que la persistencia abre una segunda fase de evaluación: deben examinarse estabilidad, comprensión, razonamiento, consistencia con valores previos, capacidad para ponderar alternativas, expectativas sobre el futuro y ausencia de presiones externas. En este punto, la temporalidad del proceso se vuelve tan importante como el contenido de la decisión.

El cuarto propósito fue discutir las implicaciones clínicas y bioéticas. El caso respalda una valoración multidisciplinaria que integre psiquiatría, medicina, psicología, funcionalidad, cuidados paliativos cuando sean pertinentes, trabajo con la red de apoyo y revisión de los requisitos jurídicos. La autonomía no debe ser interpretada como simple ausencia de diagnóstico mental ni como repetición de una preferencia; requiere una decisión informada y genuina.

Del mismo modo, la beneficencia no debe transformarse en paternalismo. El desafío consiste en ofrecer tratamiento y alternativas reales sin convertir su aceptación en una

Licencia
CC-By-NC-ND

condición moral para que la voz de la persona sea escuchada.

El estudio también permite formular una conclusión de alcance social. Envejecer en sociedades que valoran intensamente productividad, autosuficiencia y control puede estrechar la representación de lo que se considera una vida digna.

Los sistemas sanitarios deben responder no solo con procedimientos de evaluación, sino con apoyos que hagan efectivamente habitables la dependencia y la discapacidad: rehabilitación, adaptación funcional, atención a la salud mental, acompañamiento, apoyo a cuidadores y prevención de la soledad.

Finalmente, el caso no ofrece una regla general sobre la procedencia o improcedencia de la eutanasia en personas mayores con depresión. Su aportación es metodológica: demuestra que una decisión de esta naturaleza exige reconstruir la trayectoria del sufrimiento y no limitarse a una fotografía diagnóstica.

La depresión debe tratarse; la personalidad debe comprenderse sin estigmatizar; la discapacidad debe abordarse con apoyos; la familia debe incluirse sin desplazar la voz de la paciente; y la solicitud debe reevaluarse a lo largo del tiempo. Solo una lectura integrada de estas dimensiones permite aproximarse con rigor a la pregunta por la autonomía y la dignidad en el final de la vida.

Referencias

1. American Psychiatric Association. (2001). The Practice of Electroconvulsive Therapy: Recommendations for Treatment, Training, and Privileging. Washington, DC: APA.

2. American Psychiatric Association. (2010). Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder. Washington, DC: APA.

3. Beck, A., & Alford, B. (2009). Depression: Causes and Treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

4. Frankl, V. (1991). El hombre en busca de sentido. Barcelona: Herder.

5. Kernberg, O. (2016). Relaciones amorosas: normalidad y patología. Barcelona: Paidós.

6. Kim, S., De Vries, R., & Peteet, J. (2016). Euthanasia and Assisted Suicide of Patients With Psychiatric Disorders in the Netherlands 2011 to 2014. JAMA Psychiatry, 73(4), 362-368.

7. Kohut, H. (1977). The Restoration of the Self. Chicago: University of Chicago Press.

8. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Boletín Oficial del Estado, núm. 72.

9. National Institute for Health and Clinical Excellence. (2010). Depression in Adults: Clinical Guideline 90.

10. Organización Mundial de la Salud. (2022). Mental Health of Older Adults. Ginebra: OMS.

11. Organización Mundial de la Salud. (2023). Ageing and Health. Ginebra: OMS.

12. Rurup, M., et al. (2005). The first five years of euthanasia legislation in Belgium and the Netherlands. The Lancet, 366(9487), 1239-1244.

13. Yalom, I. (2008). Mirar al sol: la superación del miedo a la muerte. Barcelona: Emecé.

Licencia
CC-By-NC-ND