



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

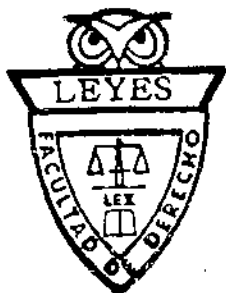
FACULTAD DE DERECHO

EUTANASIA

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN DERECHO PRESENTA:

EDUARDO SALINAS VELASCO



MEXICO, D. F.

FEBRERO 2005

m343872



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi gratitud y el afectuoso agradecimiento a mis Padres por haber forjado mi desarrollo y mi aliento de superación.

Es importante no pasar en alto el reconocimiento a mis Hermanos, quienes saben al igual que yo, que el camino de la vida es difícil y que debe ser vencido por la unión y el esfuerzo de ser mejores cada día.

Igualmente agradezco el apoyo a Yisel Mac Naught Villafan, el compartir su vida a mi lado y a mi hijo Yosua Salinas Mac Naught.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, quien me dio la oportunidad de adquirir conocimientos.

A mi asesor Lic. Eduardo Luis Feher Trenchiner quien con sus acertadas ideas y conocimientos, han servido para la realización de este trabajo de investigación.

INDICE

CAPITULO I. GENERALIDADES.

1.1	Concepto de Eutanasia.....	5
1.2	Eutanasia voluntaria y Eutanasia no voluntaria.....	7
1.3	Eutanasia activa y Eutanasia pasiva.....	9
1.4	Eutanasia – Distanasia- Adistanasia.....	10
1.5	Eutanasia – Ortotanasia.....	12

CAPITULO II. ENTORNO SOCIAL y FAMILIAR.

2.1	Definición de Sociedad.....	14
2.2	Trascendencia Familiar.....	16
2.3	Trascendencia Social de la eutanasia.....	19
2.4	Repercusiones Familiares.....	22

CAPITULO III. PATOLOGÍA SOMÁTICA

3.1	Patología psicológica.....	28
3.2	Impacto de la patología en la familia.....	30
3.3	Impacto de patología en la sociedad.....	31
3.4	Concepto de paciente terminal.....	35
3.5	Concepto de muerte cerebral.....	42
3.6	Sida.....	46
3.7	Cáncer.....	51
3.8	Otras enfermedades semejantes.....	55
3.9	Medicina curativa y paliativa.....	56

CAPITULO IV. RAZONES CULTURALES.

4.1	Aspectos sociales	61
4.2	Aspectos morales.....	63
4.3	Aspectos religiosos	74
4.4	Punto de vista jurídico.....	79
4.5	Referencia histórica	79

CAPITULO V. MUERTE, REFLEXIONES FILOSOFICAS Y LITERARIAS.

5.1	Manifestación psicológica del paciente sobre la evolución de su padecimiento.....	82
5.1.1	Ira.....	82
5.1.2	Negación.....	84
5.1.3	Pacto.....	85
5.1.4	Depresión.....	85
5.1.5	Aceptación.....	87
5.1.6	La muerte.....	89
5.1.6.1	Actitudes ante la muerte.....	93

5.1.6.2	Como se muere hoy.....	96
5.1.6.3	Suicidio asistido.....	99
5.1.6.4	Autodeterminación.....	101
5.7	Dignidad del paciente.....	106

CAPITULO VI. LEGISLACION MEXICANA.

6.1	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.....	112
6.2	Ley General de Salud.....	112
6.3	Código Civil.....	117
6.4	Código Penal.....	118

CAPITULO VII. DERECHO COMPARADO.

7.1	En Bélgica.....	120
7.2	En el Estado de Oregón, Estados Unidos de Norte América.....	121
7.3	En Gran Bretaña.....	123
7.4	En Holanda.....	124
7.5	En Suiza.....	133

CONCLUSIONES.....	136
--------------------------	------------

BIBLIOGRAFÍA.....	139
	pág

INTRODUCCION

EUTANASIA

El tema que ahora les presento, fue despertando mi interés en virtud de que frente a la vida o al derecho de vida se haya siempre la muerte, en torno a ambos hay una gran discusión social donde el derecho a la muerte es controversial.

Con el presente estudio, se pretende apreciar los diferentes puntos de vista, tanto sociales, jurídicos, médicos, religiosos, para concretar en una muerte digna, la cual es mejor y más benéfica que el abusar del derecho a la vida implicando en ello un presupuesto de cantidad de vida, en lugar de un presupuesto de calidad.

La sociedad en que vivimos nos permite tener mas conciencia del tema que expongo, para que no tengamos que esperar el transcurrir del tiempo y no haya un cambio de decisión sobre el final de nuestra propia vida, por la tanto después de conocer mi trabajo se podría empezar una cultura de debates y consultas para ponerse de acuerdo, en que condiciones se podría legalizar la eutanasia, para encontrar una respuesta, un alivio al sufrimiento del paciente en fase terminal y así dignificar su vida, con una muerte digna, tranquila y serena.

Sin duda alguna, quienes han presenciado la muerte de seres queridos que terminaron sus días en condiciones lamentables consideran que se puede evitar el sufrimiento derivado de una atención médica empecinada en curar lo incurable y vencer a la muerte.

La tesis va encaminada principalmente, a tomar decisiones que por lo largo de su vida disfruto, y se ve truncado por la impotencia que le provoca la misma enfermedad terminal y el no poder decidir su destino final.

En el primer capitulo del presente trabajo, se estudia el marco teórico, puesto que en éste se precisan y estudian los diferentes conceptos fundamentales de la eutanasia.

En el segundo capitulo, se define a la sociedad, el beneficio o las repercusiones que se presentan, por el avance científico y tecnológico, la esperanza de vida ha aumentado, y con ello se curan innumerables enfermedades antes mortales, pero que pasa con la familia del paciente que se encuentra en fase terminal, cual es su comportamiento, como le afecta, como ayudarlas o prevenirlas, para tener una mejor comunicación con el integrante de la familia que padece de una enfermedad incurable y dolorosa.

En el tercer capitulo veremos el estudio de algunas de las enfermedades incurables y el impacto psicológico de estas, el comportamiento que va adquiriendo el paciente que la padece, en el mismo desarrollo de la enfermedad.

En el cuarto capitulo estudiamos los diferentes puntos de vista, sobre los aspectos sociales, morales, religiosos, jurídicos y los antecedentes históricos de la eutanasia. donde quisiera explicar la influencia entendida, como la capacidad de un individuo de

modificar el comportamiento de otro, en este sentido, quisiera influenciar para tener la capacidad de entender que cuando se sufre de una enfermedad incurable, busquemos la mejor solución para el que la padece y no prolongar su vida, para no caer en el encarnizamiento terapéutico.

En el capítulo quinto se estudia la manifestación psicológica del paciente sobre la evolución de su padecimiento, en el cual el individuo sentirá tristeza, mezclada con culpabilidad, lastima, impotencia y desesperación, la cual se ve reflejada con una muerte inminente e irreparable. Importa reparar en que el hecho de la muerte es de por sí una de las cuestiones más ininteligibles e inexplicables.

Ninguna persona muere gustosa, pero la conciencia de tener que morir en un tiempo previsible, es el caso favorable para el requisito de ordenar activamente los últimos días o semanas de la vida y disponer de una intervención de forma clara y directa de entender que vivimos en el instante en el "Aquí y Ahora".

En el capítulo sexto se estudia el marco jurídico que regula las instituciones materia de la presente investigación. El debate actual está en saber si los pacientes pueden ya no solamente rechazar el tratamiento que consideran innecesario o perjudicial, sino solicitar que se ponga fin a su vida en aquellas situaciones que suelen considerarse peores que la muerte y no únicamente en los casos de enfermedad terminal acompañada de atroces sufrimientos, sino incluso de determinadas tetraplejias

En el séptimo capítulo, estudiamos el derecho comparado, en donde han condicionado la licitud de la eutanasia, en algunos países, imponiendo condiciones al paciente que la requiera.

Aquí no es cuestión de moral, el único sufrimiento justificable de ser suprimido es el del moribundo, el enfermo o el lesionado, dando respuesta positiva al derecho de morir.

GENERALIDADES

CAPITULO I.

1.1 Concepto de eutanasia.

Para Arnoldo Kraus, "el vocablo eutanasia fue compuesto por el canciller inglés Francis Bacon, proviene del griego eu (bien o buena) y thanatos (muerte), por lo cual si atendemos una interpretación exclusivamente gramatical la eutanasia es la buena muerte o la muerte dulce"¹.

Para Jiménez de Asúa, "la eutanasia es la muerte tranquila y sin dolor, con fines libertadores de padecimientos intolerables y sin remedio, a petición del sujeto, o con objetivo eliminador de seres desprovistos de valor vital, que importa a la vez un resultado económico, previo al diagnóstico y ejecución oficiales"².

Para Cuello Calón "la verdadera eutanasia será la inspirada por la piedad y la compasión hacia el triste doliente, sólo se procura su tránsito sin angustia ni dolor, no la que se propone causar la muerte"³.

Jiménez de Asúa, argumenta que en "sentido propio o estricto es la buena muerte que otro procura a una persona que padece una enfermedad incurable o muy penosa y la cual tiende a trancar la agonía demasiado cruel o prolongada"⁴.

Torino Bocca dice que "en sentido amplio, algunos autores incluyen el motivo eugenésico, como las antiguas muertes de niños deformes y más moderadamente la eliminación de los enajenados o de los seres desprovistos de valor vital"⁵.

El comité de ética de la american medical association "define algunas de las características de la eutanasia:

- a) Un sujeto con una determinada situación biológica: enfermedad incurable.
- b) Que solicita voluntariamente la muerte.
- c) Otro sujeto que realiza una acción para acabar con los sufrimientos del enfermo"⁶.

¹ Enrique Díaz Aranda, Del suicidio a la Eutanasia, primera edición, Editorial Cardenas, Mex. 1997, pag 169.

² Jiménez de Asúa, Libertad de amar y derecho a morir, Ediciones Depalma, Buenos Aires, 1992. pag 33"

³ Cuello Calón, El problema penal de la eutanasia, Tres temas penales. Bosh, Barcelona 1995, pag 20..

⁴ Jiménez de Asúa, Libertad de amar y derecho a morir, Ediciones Depalma, Buenos Aires, 1992. pag 335

⁵ Morselli l'ucciosne pietosa in rapporto a la morale e dall' eugenica. Torino, bocca 1923, pag. 15

⁶ Definición de Holanda, definida a su vez por el Comité de ética de la American medical Association/ vid Council on ethical and judicial affairs-american association. decisions near the end of life, jama. 1992 p 267,2229- 2233.

Retomando el concepto de eutanasia, no es más que la técnica de la muerte sin dolor, es simplemente la piedad, la comprensión y compasión del enfermo con un padecimiento incurable del que ya no tiene esperanzas de recuperación.

1.2 Eutanasia Voluntaria.

Para Arnoldo Kraus "es la interrupción de la vida de un ser tras su petición y consentimiento libre"⁷.

En el documento de la S.C. de la doctrina de la fé, "es la que se realiza a petición de la víctima, ya sea por reiterados e insistentes peticiones, o al menos con su consentimiento"⁸.

Victor M. Perez Valera, sostiene que "la moral judeo-cristiana, la eutanasia voluntaria se asemeja al suicidio, si bien se considera que tanto o más que en éste, generalmente interviene factores psicológicos atenuantes tan importantes que pueden incluso hasta eximir de responsabilidad.

Dentro todavía de la eutanasia voluntaria, conviene hacer algunas observaciones relevantes sobre todo para el derecho:

- a) La petición reiterada e insistente de la eutanasia no necesaria es una petición libre. Habría que analizar si se hace con plena lucidez o en momentos de depresión o confusión.
- b) La expresión del paciente del deseo de morir no puede traducirse sin más como petición de la eutanasia activa.
- c) El asentamiento o consentimiento del paciente no significa necesariamente que exista una decisión lúcida. Más aún, la proposición de la eutanasia activa constituye una amenaza tan directa y frontal al paciente que ya no podría hablarse de asentamiento realmente libre. Incluso se puede afirmar que una proposición semejante por parte de un auxiliar sanitario, sería éticamente inaceptable.
- d) En un asunto tan grave el consentimiento tácito no puede tomarse como verdadero consentimiento.
- e) Nadie puede imponer a una persona la colaboración en la eutanasia activa voluntaria en contra de la conciencia del presunto colaborador.

⁷ Arnoldo Kraus, Asunción Alvarez, La eutanasia, editorial Milenio, primera edición 1998, pag 7.

⁸ Documento de la S.C. de la doctrina de la fe, No. 10, Milano 1986, pag 82.

- f) En el caso de una persona que por su edad o condición sea incapaz de tomar una decisión, su representante sólo podrá decidir acerca de la eutanasia pasiva o indirecta⁹.

Salvador Urraca "describe a la eutanasia voluntaria, en casos excepcionales, son los que aceptarían la despenalización por razón de la evolución de una enfermedad, el paciente terminal sufre de tremendos e insoportables dolores, sufrimientos y el equipo médico no puede controlarles ni aliviarles convenientemente; además, existe la voluntad reiterada de los pacientes antes de morir.

En la profesión médica ha existido la inclinación a prolongar de modo artificial y desproporcionado las vidas de los pacientes sin esperanza, estados comatosos y terminales.

Para los casos de extrema gravedad deberían considerarse la voluntad y los deseos de los pacientes para evitar sufrimientos inútiles e indeseables.

La eutanasia voluntaria puede ser un acto compasivo y moralmente aceptable¹⁰.

Se justifica por la calidad de vida del paciente, es mejor ayudarlo a morir para que no sufra más.

La Eutanasia no voluntaria.

Para Arnoldo Kraus dice que "la eutanasia no voluntaria ocurre cuando se produce la muerte sin que el afectado la solicite expresamente por encontrarse incapacitado"¹¹.

Robert Samek dice que "es la eutanasia impuesta, en contra o sin contar con la decisión del enfermo"¹².

Por lo que respecta al documento de la S.C. de la doctrina de la fe, "la moral la eutanasia impuesta es más reprobable que la voluntaria, ya que nadie (ni el Estado) tienen derecho a imponer sus propios criterios sobre lo que es felicidad o sentido de la vida a otro ser humano, hasta el punto de justificar la privación de la vida"¹³.

Para Ana Maria Marcos del Cano, "la eutanasia no voluntaria es aquella en la que se está ante un ser humano que no es capaz de entender la elección entre la vida y la muerte (enfermos incurables, los recién nacidos con graves discapacidades, personas que debido

⁹ Victor M. Perez Valera, Eutanasia, Piedad o Delito, Editorial Jus S.A. de C.V., Primera Edición, Talleres de 1989, pag 34.

¹⁰ Salvador Urraca Martínez, Eutanasia Hoy, Editorial Noesis, Colección Humanidades, Madrid 1996, pag 34-36

¹¹ Arnoldo kraus, Asunción Alvarez, La eutanasia, Editorial Tercer Milenio. Primera Edición 1998. pag 7.

¹² Robert Samek, Euthanasia and law reform, Ottawa review, vol 17:84, 1984, pag 101.

¹³ Documento de la S.C. de la Doctrina de la Fe, No. 10.

a accidente, enfermedad o avanzada edad han perdido permanentemente la capacidad de entender"¹⁴.

La justificación que propone Singer "es que utiliza el criterio de calidad de vida para justificarla, parte de la premisa de que el hecho de que un ser sea humano, de que estemos en presencia de una vida humana, no es pertinente para el mal que supone acabar con su vida, la diferencia dada por características tales como la racionalidad, la autonomía y la conciencia de uno mismo.

De este modo, acabar con la vida de aquellos que no pueden elegir entre la vida y la muerte (enfermos mentales, recién nacidos con graves discapacidades, enfermos terminales que han perdido la conciencia), sería una acción moralmente lícita, en tanto que ya no estamos en presencia de vidas humanas.

En el caso concreto de acabar con la vida de un recién nacido con graves discapacidades lo relevante para juzgarlo moralmente correcto, no es ya que posea un supuesto derecho a la vida, sino otras consideraciones como la actitud de los padres. Los recién nacidos son seres sensibles que no son ni racionales ni consientes de sí mismos.

Cuando la vida de un recién nacido será tan desdichada que no merezca la pena vivirla desde la perspectiva interna del ser que tendrá ese tipo de vida, si no hay razones intrínsecas para mantener al niño con vida, como el sentimiento de los padres, es mejor ayudarle a morir para que no sufra más"¹⁵.

Las precisiones anteriores para Arnoldo Kraus "permiten diferenciar entre sí las formas de eutanasia.

Sostiene que la diversidad de las formas de eutanasia es una respuesta al mosaico de padecimientos y circunstancias que se enfrentan al final de la vida. Además, cada enfermo padece y responde a la proximidad de la muerte de manera distinta"¹⁶.

Salvador Urraca dice que "algunos médicos han practicado la eutanasia voluntaria, por amor a la vida y por humanidad a pacientes con atroces dolores en la fase terminal de sus vidas, ya que consideraban irracional e injusto prolongar el sufrimiento innecesario"¹⁷.

1.3 Eutanasia Activa.

Para Arnoldo Kraus "la eutanasia activa implica la finalización deliberada de la vida con el mismo objetivo por medio de una terapia encaminada a procurar la muerte"¹⁸.

¹⁴ Ana María Marcos del Cano, Marcial Pons, Ediciones Jurídicas y Sociales S.A. Madrid 1999, pag 60.

¹⁵ Singer, Ética práctica, 2ª edición trad. R. Herrera Bonet, Cambridge, University, 1995, pag 217.

¹⁶ Arnoldo kraus, Asunción Álvarez, La eutanasia, Editorial Tercer Milenio, Primera Edición 1998, pag 7.

¹⁷ Salvador Urraca Martínez, Eutanasia Hoy, Editorial Noesis, Colección Humanidades Médicas, Madrid 1996, pag 32.

¹⁸ Arnoldo kraus, Asunción Álvarez, La eutanasia, Editorial Tercer Milenio, Primera Edición 1998, pag 7.

Salvador Urraca argumenta que "es el hecho de provocar directa y voluntariamente la muerte de otra persona para evitar que ésta sufra o que muera de un modo considerado indigno.(Profesor D. García) esto es bajo los supuestos de autonomía, desarrollo de la personalidad, consentimiento libre y voluntario de los pacientes.

Por eutanasia activa puede entenderse como la acción intencionada, activa y directa de los médicos con el consentimiento libre de los pacientes terminales, con el fin de proporcionar una muerte indolora, la aminoración y el control del dolor y del sufrimiento mediante el apoyo médico, farmacológico, psicosocial y familiar, se pretende dignificar el morir y que el paciente se apropie de su propia muerte"¹⁹.

Para Miguel Angel Núñez Paz, "la eutanasia activa consiste en la realización de un comportamiento de ayuda a la muerte para suprimir o paliar los sufrimientos del paciente, distinguiéndose a su vez de acuerdo con la intencionalidad del autor en directa e indirecta.

En la primera la acción va dirigida al acortamiento de la vida mediante actos positivos, ante un largo proceso doloroso considerado insoportable y de pronóstico nefasto, esto es que se encuentra en fase terminal. La indirecta es la de acortar la vida, aún cuando su objetivo principal sea el de aliviar los sufrimientos"²⁰.

En otras palabras, el hecho de provocar voluntariamente la muerte, se busca que no sufra el paciente que ya conoce los resultados de su enfermedad que son inevitables y lo único que se busca es dignificar su forma de morir.

Eutanasia Pasiva.

Enrique Díaz, "sostiene que la eutanasia pasiva puede revestir de dos formas: la abstención terapéutica y la suspensión terapéutica. En el primer caso no se inicia el tratamiento, en el segundo se suspende el ya iniciado, ya que se considera que más que prolongar la vida, prolonga el morir. Todavía se puede dar dos modalidades del primer caso: a) no tratar la afección principal, y b) no tratar la enfermedad emergente que surja de la paralela a la principal.

Este tipo de eutanasia, lo pasivo no significa completa inacción o abandono total del enfermo; Se continúa con los cuidados higiénicos, la administración de drogas sedativas del dolor y la hidratación por vía bucal o intravenosa para evitar o disminuir el tormento de la sed, la eutanasia pasiva significaría ayudar a morir humanamente"²¹.

Para Victor M. Perez Vaiera, "el concepto de eutanasia pasiva sería principalmente de la omisión del tratamiento en que se emplean los medios que contribuyen a la prolongación

¹⁹ Salvador Urraca Martínez, Eutanasia Hoy, Editorial Noesis, Colección Humanidades Médicas. Madrid 1996, pag 45-46.

²⁰ Miguel Angel Nuñez Paz, Editorial Tecnos 1999, Homicidio Consentido, Eutanasia y Derecho a Morir Dignidad, pag 58.

²¹ Miguel Angel Nuñez Paz, Homicidio consentido, Eutanasia y derecho a morir. Editorial Tecnos. 1999, pag 61.

de la vida del paciente cuando ésta presente un deterioro irreversible o una enfermedad incurable o en fase terminal.

Puede consistir en la no iniciación de un tratamiento, o en suspender el ya iniciado (no administrar la medicación adecuada o incluso la desconexión de aparatos o instrumentos de mantenimiento de determinadas funciones vitales).

El deber del tratamiento médico decae cuando el paciente no otorga su consentimiento, la adopción arbitraria de medidas como el suministro de alimentos por medios técnicos tales como la aplicación del respirador artificial contra la voluntad del paciente.

Los supuestos de eutanasia pasiva no consentida son los pacientes con incapacidad:

El problema cambia cuando aún no se ha producido la muerte cerebral en el caso de pacientes incapaces. La opinión dominante estima que la obligación o el deber jurídico garantista del médico, cesa cuando la enfermedad incurable ha llegado a su fase terminal, pues toda prolongación del tratamiento en esas circunstancias convierte al paciente en mero objeto y viola su dignidad²².

Para Soroa y Pineda, una última advertencia, "es que pueden darse tres tipos de omisiones, dolosa, culposa y juiciosa o razonable. La omisión dolosa, como su nombre lo indica, supondría el propósito deliberado de hacer daño, mala voluntad, mala fe, ya que consideradas todas las circunstancias se concluiría que habría obligación de actuar.

La omisión culposa, en cambio, conllevaría en el no actuar, descuido, imprudencia o impericia, en algún grado imputable al sujeto de la omisión. Finalmente, la omisión juiciosa o razonable se daría cuando se considere que no hay ningún mal en la omisión, o al menos ésta en relación con la acción es un mal menor, y por lo tanto no existe obligación de actuar.

En el caso de la eutanasia pasiva se supone que la omisión es juiciosa. Por lo demás, es obvio, que en determinadas circunstancias, cuando existe dolo, el dejar morir a un hombre, negándole auxilio, puede ser una falta grave contra la vida, desde el punto de vista ético y jurídico²³.

La eutanasia pasiva se caracteriza, por la privación voluntaria de los cuidados precisos de una terapia normal, provocando así, por omisión, la muerte del enfermo o lesionado.

1.4 Eutanasia- Distanasia

Para Hortelano, "en oposición a eutanasia, esta compuesta del prefijo griego dis, que significa dificultad, obstáculo y thanatos, muerte, caracteriza la muerte dolorosa, la agonía

²² Victor M. Perez Valera, Eutanasia, Piedad o Delito, Editorial Jus S.A. de C.V., Talleres de 1989, Primera Edición

²³ Soroa y Pineda, No mataras, Fuerza Nueva, Madrid 1973, pag 239.

prolongada, Soroa y Pineda, afirma que el término fue creado por Morache, para significar la oposición a la eutanasia, la muerte difícil, en medio de sufrimientos físicos y morales²⁴.

Para el maestro Gil, L., la definición de Gonzalo Higuera de distanasia, "es la práctica que tiende a alejar lo más posible la muerte, prolongando la vida de un enfermo, de un anciano o de un moribundo, ya inútiles, desahuciados, sin esperanza humana de recuperación y utilizando para ello no sólo los medios ordinarios, sino extraordinarios, muy costosos en sí mismos o en relación con la situación económica del enfermo y de su familia"²⁵.

Para Ana María Marcos del Cano, "un aspecto de la distanasia lo constituye lo que se ha dado en llamar encarnizamiento terapéutico, el enfermo es entubado y conectado a una máquina, de la que se convierte en apéndice, para luego tasajearlo una y otra vez misericordiosamente hasta reducirlo a simple objeto de experimentación.

Este luchar hasta el final como verdadera obsesión reduce al moribundo a un deshumanizado aislamiento.

Otro elemento importante sería la esperanza de vida humana, en el caso de coma irreversible no se da vida plenamente humana, y su duración, todo esto en relación con lo doloroso y costoso del tratamiento"²⁶.

Dice Victor M. Perez Valera, "finalmente, que así como la ética rechaza la eutanasia, también rechaza los extremos de la distanasia. La ética religiosa no sostiene un vitalismo a ultranza, y aunque valora el sufrimiento, no defiende el masoquismo del sufrimiento por el sufrimiento; Aún con el riesgo de malentendidos vimos como la moral postula la legitimidad de la supresión o disminución del dolor, y así rechazar el encarnizamiento terapéutico, admite implícitamente, aunque con otro nombre, lo que tradicionalmente se denominaba eutanasia pasiva o indirecta.

Por otra parte los Comités de ética presentan una especial importancia en los casos que nos ocupan.

La finalidad de estos comités consiste en promover el estudio y la observancia de principios éticos apropiados para el ejercicio de la medicina asistencial (comité nacional de bioética italiano), precisamente con el fin de tomar decisiones en casos difíciles.

La lógica de funcionamiento del Comité no debería estar encaminada tanto a establecer lo que es lícito o ilícito, cuanto asegurar que la decisión de aquel está involucrado en el problema (médico, paciente u otra persona) pueda tomarse tras una adecuada reflexión, esto es, primero, sin pasar por alto importantes componentes informativos; segundo, con la seguridad de haber evitado falacias, derivadas de la vaguedad o de la polivalencia

²⁴ Hortelano, A, Problemas actuales de Moral II: La violencia, el amor y la sexualidad. Ed. Sigueme, Salamanca 1980, pag 194 .

²⁵ Gil, L, Una enfermera ante la muerte, en Alvarez O'Connors. Brusco. Morir con Dignidad. Madrid 1976. pag 68.

²⁶ Ana María Marcos del Cano, Marcial Pons, Ediciones Jurídicas y Sociales S.A. Madrid 1999, pag 159.

semántica de los conceptos y de las nociones en juego; tercero, después de conocer y recorrer las diversas estrategias éticas que se hayan considerado válidas en otros casos similares para encontrar una solución; y finalmente, después de haber seguido en su totalidad todos los argumentos racionales disponibles.

La denominada ética de la vida también ha servido como resorte teórico para proponer la eutanasia como salida aquellas situaciones en las que la muerte ya no se nos presenta como un evento doloroso, sino más bien como una posible liberación.

Para Lecaldano, la ética de la vida consiste en garantizar una vida digna de ser vivida, de tal modo, que cuando las circunstancias ya no son capaces de crear o procurar un mínimo de calidad de vida, entonces estaría plenamente justificada la eutanasia²⁷.

Adistanasia.

Para Víctor M. Pérez Valera "sostiene que de la misma raíz que distanasia, pero con él a privativa: no poner obstáculos a la muerte, consiste en dejar de proporcionar al enfermo los medios que sólo conducirían a retrasar la muerte ya inminente. Equivale, en otras palabras, a respetar el proceso natural del morir, lo que tradicionalmente se llamaba eutanasia pasiva o negativa"²⁸.

Hortelano A., "opina sobre el no prolongar inútilmente la vida, pero si nos encontramos en presencia de un organismo arruinado por una enfermedad crónica e incurable, y que se extingue como una lámpara que no tiene aceite, la cuestión es diferente. Al querer prolongar la vida, lo que se prolonga es la desdicha, y volvemos a encontrar aquí el misterio que hemos abordado antes con verdadera reverencia"²⁹.

De la misma opinión, pero profundizando más su análisis, Gonzalo Higuera, "sostiene:

- a) Que se puede prescindir de los medios distanásicos extraordinarios y ordinarios cuando estos ya no son verdaderamente eficaces para recobrar la salud. Esto de ninguna manera sería eutanasia.
- b) Que normalmente la decisión de suspender el tratamiento distanásico la puede tomar la familia, o bien el médico, cuando el tratamiento no está dando resultado, y los aparatos sean necesarios para otros enfermos que tengan mayor probabilidad de éxito.
- c) Que puede también suspenderse el tratamiento distanásico por serias razones económicas, psicológicas y sociales.

²⁷ Víctor M. Pérez Valera, Eutanasia, Piedad o Delito, Editorial Jus S.A. de C.V., Talleres de 1989, Primera Edición, pag 37-39.

²⁸ Víctor M. Pérez Valera, Eutanasia, Piedad o Delito, Editorial Jus S.A. de C.V., Talleres de 1989, Primera Edición, pag 93.

²⁹ Hortelano A, Problemas actuales de Moral II: La violencia, el amor y la sexualidad, Ed. Sigüeme, Salamanca 1980, 194.

1.5 Ortotanasia.

La palabra surge del griego ortos: recto, justo y tanatos: muerte, Parece que por primera vez utilizó este término el doctor Boskan de Lieja, en 1950.

Gonzalo Higuera la define como "aquella postura que tiende a conocer y respetar el momento natural de la muerte de cada hombre y sus concretas circunstancias, sin querer adelantarlo para no incidir en la eutanasia reprobable, ni tampoco prolongar artificialmente cualquier tipo de vida con medios improporcionados, para no caer en el extremo opuesto de una distanasia, también reprobable; aunque siempre dejando actuar e intervenir la relativa libertad de conducta que permite y exige la racionalidad humana, frente a una pasividad meramente animal"³⁰.

En la ortotanasia sólo se priva al paciente de los medios extraordinarios, los cuales más que prolongar razonablemente la vida, sería una forma desesperada y hasta cruel de prolongar la muerte.

La diversidad de las formas de eutanasia es una respuesta al mosaico de padecimientos y circunstancias que se enfrentan al final de la vida, además cada enfermo padece y responde a la proximidad de la muerte de manera distinta.

³⁰ Higuera Gonzalo, Ortotanasia, en Miscelania de Comillas 44, julio-diciembre 1986, No.85, 997. nota 9.

CAPITULO II. ENTORNO SOCIAL y FAMILIAR.

2.1 Definición de Sociedad.

Gilberto Calderón, "define a la sociedad como la cuna de los movimientos sociales, es necesario recapitular el contenido del término, este ha dado lugar a interminables discusiones entre los especialistas en ciencias sociales, lo hemos escogido en lugar de población, comunidad, colectividad, por que a diferencia de los anteriores, da una idea más cercana a un todo con organización e identidad.

Es cierto que también puede encontrarse esas características en las tres últimas, pero ellas forman parte de ese todo al que denominamos sociedad. Así la sociedad nos parece es más que la comunidad, la colectividad y más bien están incluidas en ella, por eso nos parece que comprenderla como un todo nos permitiría el estudio del comportamiento humano conocido como movimiento de masas o movimiento social, que se expresa a lo largo y ancho de los estados nacionales y en mucha menos medida y con menos cohesión, a nivel internacional.

Para Neil J. Smelser, no hay definición de sociedad pero sí de sistema social y este se constituye por la interacción informal o institucional entre las personas, puede ser casual, sin mayor trascendencia, o bien perdurable y amplio.

La acción social no es espontánea, tiene como componentes básicos, valores que orientan la acción del actor o los actores, por lo que la acción es deliberada, hay reglas y normas para alcanzar esos valores o metas, el sujeto o sujetos se movilizan, se organizan u organizan motivados en papeles y organismos, para alcanzar valores y metas, el o los actores utilizan instrumentos como medios que van desde conocimientos hasta herramientas y aptitudes, a nuestro juicio existe una combinación de elementos subjetivos y objetivos que guían a la acción social en un sistema o sociedad.

El sociólogo Parsons define a la sociedad como el tipo de sistema social que se caracteriza por el más alto nivel de autosuficiencia en relación a su ambiente, incluyendo otros sistemas sociales, los otros sistemas sociales son : culturales, los de personalidad y los organismos conductuales, se desprende entonces que la sociedad es el sistema más general de acción que da lugar a la interacción social concreta.

En Parsons y Smelser entendemos que los movimientos sociales o el comportamiento colectivo es la movilización, la interacción social, que busca lograr metas a partir de una actitud valorativa dando lugar a la organización para alcanzarlos, utilizando para ello conocimientos e instrumentos¹.

Para Sánchez Azcona "la estructura de una sociedad es el resultado de la conducta de los miles de individuos que forman una comunidad y que van dando, con su actuar, una serie de características a esa sociedad, base de lo que se puede llamar carácter social. Estos rasgos distintivos van configurando la personalidad de los miembros de la sociedad, los

¹ Gilberto Calderon Ortiz, Gestión y Estrategia/No. 14/junio-diciembre, 1998, UAM-A.

van moldeando en tal forma que su actitud venga a fortalecer la estructura, las pautas, las normas, los valores de esa comunidad. Así como el niño va adaptándose a los lineamientos que la familia le va imponiendo, a su vez ésta se va asimilando a las normas que la sociedad en general le va determinando.

Toda actitud del hombre dentro de la sociedad está regulada por normas, esto es, cualquier conducta del ser humano se realiza dentro de reglas que pueden ser familiares, morales, tradicionales, religiosas, políticas, económicas, el contenido puede variar y se irá adecuando a cada caso específico, pero su proyección es institucional².

El hombre tiende a dejar de ser una marioneta, desarrolla la ciencia y aumenta sus posibilidades de dirigir el cambio de una sociedad, en el sentido del progreso del desarrollo.

El hombre o la sociedad, para poder transformar la realidad en forma consiente necesita descubrir sus leyes, el funcionamiento que estas tienen, el mecanismo que rige las relaciones entre los individuos, para descubrir sus fuentes de desarrollo, y de esta manera estar en posibilidad de predecir los cambios y dirigirlos de acuerdo a sus necesidades concretas, como la de poder legalizar la eutanasia.

La percepción de la familia, con la muerte de un ser querido, afecta en la agonía de su familiar o ser querido que se encuentra moribundo y saber que lo único que le espera es la muerte, pero quien la determina que siga viviendo son las máquinas que lo mantienen vivo o los doctores que luchan contra lo inevitable que es la muerte, sin ninguna esperanza de vida o de recuperación por eso, se trata de evitar ese dolor innecesario para el paciente y sus familiares.

La eutanasia en nuestra sociedad es considerada una prohibición al atentarse contra la vida de las personas, los familiares piensan en la muerte de su ser querido por el deseo de no verlo sufrir de ponerle un alto a esa agonía por la que está viviendo.

Arnoldo Kraus, "escribe que por muchos siglos la muerte fue considerada un acontecimiento familiar y cercano, el reconocimiento de su presencia obligaba a los miembros de la sociedad a organizarse para acompañarse y de esa manera, mitigar la angustia y el dolor que provoca. Hoy, por apartar a la muerte de nuestra vida, la necesidad de negarla determina muchos de nuestros comportamientos.

Según el historiador Philippe Aries, la muerte recuperó el salvajismo que tuvo hace muchos siglos, antes de haber sido domesticada por las creencias y costumbres. Hoy en día la ferocidad de la muerte de nuevo se reconoce bajo el disfraz de la tecnología.

El esqueleto que en otras épocas sirvió para representar la imagen terrorífica de la muerte ha sido remplazado por otra figura mucho más terrible: la del moribundo aislado, posiblemente inconsciente y rodeado de tubos en el hospital.

² Jorge Sánchez Azcona, Familia y Sociedad, Tercera Edición, Mayo 1980, pag. 53.

La humanidad ha ganado mucho con el avance científico y tecnológico, la esperanza de vida ha aumentado mucho y se curan innumerables enfermedades, antes mortales. Es admirable que pueda mantenerse una vida cuando faltan algunas funciones indispensables.

Pero se desprenden otras consecuencias lamentables del progreso, fascinados por los avances tecnológicos que alejan la muerte, los médicos han perdido la capacidad de reconocer sus propios límites, aquellos que ayudan a determinar el momento de interrumpir los intentos inútiles por vencer a la muerte.

En la respuesta a la atención médica que recurre indiscriminadamente a la tecnología, la sociedad ha creado otras opciones para poder definir cuándo la vida ha llegado a su término.

La sociedad se organiza temerosa de verse atrapada en manos de una atención médica que prolonga la vida al costo que sea, la sociedad se organizó, quiere hacerse oír y defender el derecho a vivir con dignidad hasta el momento de la muerte, asegurarse que nadie estará sometido a padecer una muerte en vida.

Algunas personas se dedican a promover la ayuda para que la gente muera en mejores condiciones, se proponen superar la soledad, el dolor y el sufrimiento que suelen afligir a los enfermos como resultado de la obstinación de los médicos para seguir luchando contra la muerte o por sostener lo que ya ha dejado de ser una vida humana .

Estas personas ofrecen defender a las personas de las acciones médicas innecesarias, es decir, del llamado encarnizamiento terapéutico³.

Por el miedo de que la gente llegue al final de sus días en condiciones lamentables, la sociedad se ha organizado para hacer oír su voz, defiende el derecho de morir con dignidad, de acuerdo con los valores que han acompañado a cada quien en su vida

Tal vez la sabiduría de todo esto consista en aplicar el diálogo para definir aquellas cuestiones que son más fundamentales, esto es, las que se refieren a la justicia de trasfondo de una sociedad, una vez que quedan aseguradas tales instancias en forma razonable, se pueden recurrir a otros métodos de toma de decisión para acordar, cuestiones más concretas y se pueda responder mejor a las necesidades o preferencias de los individuos, de manera que puedan realizar una libertad más auténtica.

El hombre tiende a dejar de ser una marioneta, desarrolla la ciencia y aumenta sus posibilidades de dirigir el cambio en el sentido del progreso, el hombre para poder transformar la realidad en forma consiente necesita descubrir sus leyes, el funcionamiento, descubrir sus fuentes de desarrollo, sus contradicciones y de esta manera estar en posibilidad de predecir los cambios y dirigirlos de acuerdo con sus necesidades concretas.

³ Arnoldo kraus, Asunción Alvarez, La eutanasia, Editorial Tercer Milenio, Primera Edición 1998, pag 46-47.

2.2 Trascendencia de Familiar.

Para Sánchez Azcona "una de las características fundamentales del ser humano, es el hecho de vivir en sociedad, el hombre, para poder satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales, requiere siempre participar y moverse dentro de diferentes grupos en su vida diaria. Esto es, desde el nacimiento hasta la muerte, invariablemente realizamos nuestras actividades dentro de conglomerados, como la familia, la vecindad, el equipo deportivo, la escuela, el trabajo, la ciudad, ya que todas ellas requieren del complemento de la conducta de otros individuos.

De estos grupos resalta por su importancia la familia, considerada como el núcleo primario y fundamental para promover a la satisfacción de las necesidades básicas del hombre y sobre todo de los hijos, quienes por su carácter dependiente deben encontrar plena respuesta a sus carencias, como requisito para lograr un óptimo resultado en su proceso de crecimiento y desarrollo"⁴.

Edgar Baqueiro, "sostiene estos conceptos de familia, por ejemplo el concepto Sociológico: Que es la institución social formada por los miembros vinculados por lazos sanguíneos, y los individuos unidos, a ellos por intereses económicos, religiosos o de ayuda.

Concepto Jurídico: Atiende a las relaciones derivadas del matrimonio y la procreación conocidas como parentesco y a las que la ley reconoce ciertos efectos, esto es, que crean derechos y deberes entre sus miembros"⁵.

Mario Brofman, "hace referencia de las funciones de la familia que delimita Parsons. Las familias son necesarias en primera instancia por que la personalidad humana no nace sino que debe hacerse mediante el proceso de socialización. Las familias son fabricas productoras de personalidades humanas, sugerimos que las funciones de la familia son dos: primera, la socialización primaria de los hijos para que puedan hacerse en verdad miembros de la sociedad en la que han nacido; segunda, la estabilización de las personalidades adultas de los integrantes de la sociedad"⁶.

Enrique Martín Lopez, "argumenta que viviendo el hombre en sociedad, la distinción entre el matrimonio, base de la familia, y la unión ilegítima requiere la intervención de la sociedad. La familia no puede desenvolverse sin un reconocimiento social que consagre el vínculo que une a los esposos entre sí y a los hijos con sus padres. La personalidad social del hombre viene determinada ante todo por la descendencia o la ascendencia.

El niño no tiene ante la sociedad más personalidad propia que de ser hijo o hija de fulano o zutana. Así pues, la determinación de la descendencia y de su legitimidad, que depende

⁴ Jorge Sánchez Azcona, Familia y Sociedad, Tercera Edición, Mayo 1980, pag 15.

⁵ Edgar Baqueiro Rojas, Rosalia Buenrostro Báez, Derecho de Familia y Sucesiones, Colección textos jurídicos universitarios, Enero del 2001, pag 8.

⁶ Mario Bronfman, Como se vive se muere, Lugar editorial S.A., primera edición 2000, pag 62.

de la determinación del vínculo conyugal, es de una importancia social considerable: la colectividad debe determinar las uniones legítimas y fijar sus efectos.

La familia es una institución natural que se impone a la colectividad no sólo de hecho, sino también de derecho. De hecho, por que resulta del curso espontáneo de la actividad humana; de derecho, por que la colectividad está obligada a respetar el orden natural.

Principio de la institución familiar: Cuando hablamos de la familia debemos considerar que también pertenece a su realidad la estructura biológica de los sexos y de las edades, sobre las cuales se apoyan las relaciones familiares, así como los fenómenos psíquico-individuales que fundamentan la conducta social, y del mismo modo, las estructuras jurídicas que regulan las relaciones familiares y el modelo cultural de familia, la realidad de la familia consiste en opiniones, actitudes y conducta externas, y que son estos elementos y únicamente ellos, los que configuran el ser de la familia y los que determinan las tendencias de cambio de las instituciones y de la sociedad⁷.

Para Eloisa De Jong, "los vínculos primarios familiares constituyen una fuente nutriente de los más profundos sentimientos humanos de signo positivo o negativo, es una tensión amor- odio, contención- discriminación, protección- desprotección, seguridad- inseguridad, autoritarismo- democracia, según condiciones y posibilidades en el que se desarrolle el ciclo vital de la familia.

La familia ha estado ligada históricamente al desarrollo de las sociedades y a los modos culturales de organización social.

Modos de entender la configuración familiar:

Es importante preguntarse si las nuevas formas de organización familiar representan signos de salud o enfermedad, de preservación o de quiebre, seguramente nos encontraremos con ambas significaciones.

Lo que si es claro que la familia tradicional, como ideario de la modernidad, prácticamente ya no existe, se transforma, aunque permanezca la idea de familia nuclear como debe ser en tantos roles y funciones prescritas en la división social del trabajo.

La familia desde una perspectiva cultural es producto de:

Las relaciones con su medio histórico social (comunidad próxima) que constituyen las relaciones cotidianas, donde ha desarrollado y desarrolla su vida.

Las relaciones entre sus miembros.

Las relaciones de cada miembro como sujeto consigo mismo.

⁷ Enrique Martín López, Familia y Sociedad, Instituto de Ciencias para la Familia, Universidad de Navarra, Ediciones Rialp S.A., 1º. De febrero del 2000, pag 17.

Las relaciones con la naturaleza.

Todo esto considerado en una relación pasado- presente y en un modo de estar, de ser, de pensar, de imaginar el mundo, lo que va constituyendo su identidad familiar y social.

Cada familia responde a modos culturales particulares del sector o grupo del que forma parte, de las condiciones concretas que le toca vivir. No es un producto ideal, es un producto real, con frustraciones y realizaciones.

Es necesario descubrir en cada grupo familiar y en cada integrante los modos de sentir, pensar, actuar, valorar, intuir, tensionándolo con la realidad material.

Cada situación familiar se construye en una relación tiempo y espacio, pasado- presente-futuro.

Es importante considerar que cada familia es un campo de fuerzas donde se expresan intereses comunes y diferentes, donde se establecen relaciones de interacción, comunicación y poder.

Cada familia es un espacio socio cultural instituyente de la vida de cada sujeto en tanto es una estructura social en movimiento que se modifica permanentemente en su proceso de la vida, a la vez es un espacio instituido socialmente, es una estructura social institucionalizada en la organización de la sociedad teniendo una configuración legal y normativa.

2.3 Trascendencia Social de la eutanasia.

Afecta a la familia, amigos y a las personas que lo rodean, al hablar de la familia cabe recordar que esta es la base de la sociedad, es el núcleo social, por lo tanto el problema es de la sociedad en general.

Para Eloisa De Jong, "La familia como organización social básica en la reproducción de la vida en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales, y en el mundo de la vida cotidiana, es un espacio complejo y contradictorio en tanto emerge como producto de múltiples condiciones de lo real en un determinado contexto socio-político, económico y cultural, atravesada por una historia de modelos o formas hegemónicas de conformación esperadas socialmente y una historia singular de la propia organización"⁸.

Jorge Sánchez "al hablar de la familia recordemos que esta es la base de la sociedad, es el núcleo social por lo tanto el problema de la eutanasia es de toda la sociedad.

La función del carácter social es moldear las energías de los miembros de la sociedad en forma tal que su conducta no implique una decisión consiente en cuanto a absorber o no las pautas sociales, sino el deseo de actuar como tienen que hacerlo y al mismo tiempo

⁸ Eloisa De Jong, Raquel Basso, Marisa Paira, La familia en los albores del milenio, Espacio editorial Buenos Aires, Primera Edición 2001, pag 11.

que se obtiene satisfacción del hecho de actuar de acuerdo con los intereses y necesidades de la cultura.

En otras palabras, la función del carácter social es moldear y encauzar la energía humana que existe dentro de una sociedad, dada con el propósito de mantener dicha sociedad en continuo funcionamiento.

El carácter social es el intermediario entre la estructura socioeconómica y las ideas e ideales que imperan en una sociedad.

Para que la sociedad funcione satisfactoriamente, es necesario que sus miembros no se percaten de las contradicciones dentro de la misma y esto se logra por medio de la represión del inconsciente social.

El motivo fundamental por el cual el hombre tiende a integrarse a su estructura social no es racional, es emotivo: miedo al aislamiento y al ostracismo.

Por lo anterior expuesto, vemos que hay un proceso de asimilación por medio del cual la persona obtiene su plena integración social, se siente parte integrante del grupo, y a la vez que adquiere la personalidad social, fortalece la existencia real del conjunto, la cual existe cuando vive y funciona como una unidad.

Esta unidad se inicia cuando los miembros individuales están unidos por ciertos lazos o vínculos que hacen su vida y comportamiento fuertemente interdependientes e infunden en su mente sentimientos de unidad, solidaridad y comunidad de intereses.

La familia como entidad, existe un conjunto de coacciones, de presiones, que ajustan su actitud ante los valores imperantes de la sociedad, a las normas sociales reconocidas.

Sus miembros tienen que ir configurando su conducta según los patrones establecidos que la sociedad impone; quien no lo haga será sancionado, y ese temor al castigo, ese miedo, es el impulso motivador más grande que tienen el individuo y la familia para adaptarse al orden institucional.

Por tanto debemos entender cuál es el sentido que esos valores sociales tienen y ver que efectos producen sobre la familia, con el deseo de encontrar si la estructura social está permitiendo la satisfacción adecuada de las necesidades físicas, psíquicas y sociales de sus miembros."

Es precisamente la razón por la cual se aborda este tema de eutanasia, para que entendamos la necesidad de algunos individuos que forman parte de esa sociedad y quieren manifestar esa necesidad de expresar el final de ese sufrimiento, esa agonía, que esta padeciendo algún integrante de esa misma sociedad y que deben ser atendidas.

"Para el hombre cotidiano esta dependencia no siempre es fácil de captar, generalmente no se cuestiona este proceso, sino que se piensa todo lo contrario, que el hombre es enteramente libre en su actuar y que su conducta no es más que el resultado de actos

volitivos racionales, que a pesar de tener una proyección social, son en su origen eminentemente individuales.

Las consecuencias prácticas de este error son muy graves, el individuo y la familia llegan en un momento dado a ser manipulados en forma inconsciente por quienes tienen el poder de los medios de difusión, económicos, educativos y políticos⁹.

Para J. Estape, "La familia y el círculo de amistades más próximos al paciente, desempeñan un papel importante en la actitud que éste tenga ante su propia enfermedad y en la relación con el médico, las actitudes positivas del núcleo familiar, deben considerar los siguientes aspectos: estimular la actividad del paciente, mantener la comunicación de los sentimientos para que el paciente adquiera una fuerza emocional, que le permita trabajar en su curación, y favorecer la coherencia entre el paciente, el médico y en general entre las personas relacionadas.

Para conseguir estos objetivos es importante que el paciente y la familia tengan una información similar y la reciban conjuntamente del médico, al realizar el planteamiento inicial terapéutico¹⁰.

Pilar Vilagrosa, "dice que respaldar a un familiar o amigo a lo largo de la enfermedad y la muerte no significa dar respuesta a todas sus preguntas o soluciones a todos sus problemas.

Pero puede ayudarles a mantenerlos en contacto con alguien, un contacto sincero que no les engaña, escuchar proporciona consuelo y apoyo directo.

Escuchar también es un instrumento inapreciable para usted, pues le permite planificar de forma individualizada los cuidados del paciente y de su familia y adoptar un enfoque que brinde una ayuda basada en objetivos realistas para ellos¹¹.

Emma Barthe, "sostiene que el paciente siente que tanto su familia como sus amigos se han distanciado de él a causa de su situación.

El distanciamiento entre familiares o amigos suele ser producto del miedo a la enfermedad y a la pérdida.

Del propio paciente dependerá, muchas veces, la clase de relación que se establezca con las personas que le rodean, a menudo los amigos o familiares, desconcertados, se distancian de la persona enferma por no saber cómo actuar e influidos, también por las ideas dramáticas que se mantienen sobre la enfermedad.

⁹ Jorge Sánchez Azcona, Familia y Sociedad, Tercera edición, Mayo de 1980, pags 54-72-73.

¹⁰ J. Estape, I Burgos Pérez, Medicina General y Cáncer, Manual Clínico, Ediciones Doyma S.A. 1991, pag 119.

¹¹ Pilar Vilagrosa Margarita Peya, Paciente Terminal y Muerte, Ediciones Doyma S.A. 1987, pag 78.

Una comunicación abierta y sincera, apoyada en la verdad, facilitará la comprensión. Un soporte terapéutico adecuado puede resolver los problemas derivados del sentimiento de incompreensión, si la comunicación se ha vuelto difícil esto es, la ausencia de comunicación, una vez identificada, debe ser resuelta en mutua colaboración y con el apoyo de un terapeuta especializado. A menudo la falta de comunicación no es más que la prolongación de dificultades previas de relación¹².

Para José Buendía, "no cabe duda que los amigos y, en general, la amistad, representan una fuente de satisfacciones y, por ello, de apoyo social, existe por otra parte, una cierta tradición de que en la enfermedad crónica los amigos tienden a irse difuminando"¹³.

En una profesión es de por sí cambiante en el contenido científico y en las posibilidades técnicas, una sociedad también lo es también, en especial con el aporte de los medios de comunicación y con la toma de conciencia de los derechos frustrados o impedidos de ejercer en especial el derecho a la salud, la libertad de pensar y opinar, a la de decidir en su madurez de adulto, a la de preguntar y capacitarse de acuerdo con su vocación durante las etapas previas o no a su adultez.

Tales cambios suponen que no existen normas rígidas invariables pese a todas las variaciones ambientales, por ello uno de los males que puede afectar a una profesión a una sociedad es de pretender la inoperancia, por comodidad, no innovar a sus normas éticas.

En la vida de cada uno de nosotros hay momentos en que sentimos como inmoral la obediencia ciega, en que decidimos atenernos únicamente a la necesidad comprendida por nosotros mismos.

2.4 Repercusiones Familiares.

La familia es un objeto de búsqueda, de algún enfoque que permita abarcarla y comprenderla en su complejidad, la familia es analizada para mejorar las relaciones entre la familia y el paciente con alguna enfermedad terminal o incurable.

Para Enrique García, "la naturaleza conflictiva de la familia va a contribuir significativamente a desmitificar la imagen de la familia como una unidad social bien integrada, armoniosa y mutuamente enriquecedora, una imagen estrechamente ligada a los supuestos del funcionalismo estructural. Si con la teoría del conflicto, el conflicto, la competencia y la lucha son elementos básicos de la vida social humana, no aberraciones que debían ser evitadas.

Los estudiosos de la familia comenzaban a aceptar la posibilidad de que la familia, como grupo social y como institución social, tuviera características estructurales únicas que

¹² Emma Barthe, Cáncer enfrentarse al reto, Ediciones Robinbook, S. L. 1997, pag 64.

¹³ José Buendía, Familia y Psicología de la salud, Ediciones Pirámide 1999, pag 167.

sirvieran para incrementar la frecuencia, la normalidad y la intensidad del conflicto como una parte fundamental de la realidad familiar.

Desde la teoría del conflicto también los miembros de las familias buscan su propio interés y no hay razón para asumir que de forma natural compartan y trabajen hacia el logro de metas comunes; Aunque esto puede ser así en ciertos momentos en el tiempo, no es éste en su estado normal, necesario o de equilibrio.

La teoría del conflicto familiar no niega el orden, sino que trata tanto del conflicto, de las razones del conflicto y sus manifestaciones, así como de los procesos mediante los que se mantiene el orden, aunque éste no se considere como el estado natural o necesario de la familia, existen conflictos intensos, donde se manejan y resuelven conflictos y donde coexisten con frecuencia el amor y el odio, la violencia y el apoyo.

Lo que para algunos revela la naturaleza irónica y paradójica de la familia, puesto que los mismos mecanismos y características estructurales que operan en la familia para suprimir o regular el conflicto son también los que pueden generar e intensificar esos mismos conflictos.

Conceptos Básicos: Conflicto es una confrontación entre individuos o grupos sobre recursos escasos, medios controvertidos, metas incompatibles o una combinación de éstos.

El conflicto en los grupos se basa en la distribución de los recursos en la estructura del grupo y de la situación.

Estructura. Se puede diferenciar dos significados de estructura en la teoría del conflicto: la estructura de la situación y la estructura del grupo.

La estructura de la situación puede ser competitiva o cooperativa. La competición no se refiere a un proceso, sino a una organización o estructura observable de recursos escasos.

La competición y la cooperación son, por tanto, un conjunto de reglas o normas sociales que organizan una actividad o un sistema social.

La estructura del grupo o estructura social hace referencia a dimensiones como el número de miembros en el grupo, el sexo o la edad.

Recursos. Los recursos son relevantes en una situación en una situación puede utilizarse para ejercer el poder o el control.

La autoridad es un tipo de recurso que se construye por el sistema normativo de una cultura específica, el conflicto en el grupo es debido a la desigualdad en la distribución de recursos, existen en la familia diferencias entre los miembros con respecto a la posesión de recursos.

Esta desigualdad lleva al conflicto en la medida en que las normas internas de la familia son competitivas en lugar de cooperativas.

Negociación. No existen soluciones definitivas a la mayoría de los conflictos intrafamiliares en el sentido de que las metas, intereses y valores que son su fuente pueden ser completamente eliminadas, por lo tanto para las familias el desarrollo de formas de reconocer y manejar los conflictos que existen de forma que, aunque no sean perfectas desde las perspectivas de todos los que están involucrados, sean en general aceptables para todos los participantes.

La negociación es una de las principales técnicas utilizadas en las familias para manejar el conflicto.

La negociación se restringe aquellas situaciones en que las metas que por una persona o grupo desean no pueden obtenerse sin la ayuda o cooperación de las otras partes.

Consenso.

El resultado preferible de la negociación es el consenso que se logra cuando las partes en una negociación llegan a un acuerdo¹⁴.

Emma Barthe, "nos dice como enfrentar un diagnóstico de cáncer, soportar el tratamiento y mantenerse en un estado de permanente expectación, para muchos supone un incierto futuro pero que afecta no sólo al propio enfermo de cáncer, sino también a la totalidad del núcleo familiar. Tan impactante es para el paciente conocer su enfermedad como lo es para los familiares y amigos más cercanos a él.

Paciente y familia, sumergidos en la incertidumbre y la duda que normalmente depara el diagnóstico de un cáncer, se acogen a la incapacidad de expresar sentimientos, frecuentemente bañados de un temor a menudo inexplicable y rechazan, aunque de manera inconsciente, la adquisición de conductas adecuadas para encarar la enfermedad y promover comportamientos favorecedores de la salud.

Pensar en la probabilidad de la pérdida asusta, y la expresión sincera de sentimientos relacionados con ese pensamiento es a veces motivo de contradicciones y grandes desesperos. El paciente, confundido por los nuevos acontecimientos que suponen enfrentarse a la enfermedad, se pierde en divagaciones mentales que le permitan entender el "cómo", el "por que" y el "hasta cuando" de su situación.

La familia, involucrada afectiva y emocionalmente con el paciente, sufrirá también las consecuencias de esas variaciones y se verá afectada por la proyección incesante de emociones dispares (tristeza, soledad, ira, rabia, furia, miedo) a menudo difíciles de controlar.

¹⁴ Enrique Gracia Fuster Gonzalo, *Psicología Social de la Familia*, Editorial Paidós Iberica S. A., Edición 2000, pag 110-113.

Aun cuando en este caso la actitud adoptada por el paciente tras el conocimiento de su enfermedad será la que marcará la pauta en los estilos de comunicación establecidos entre él y su familia, la postura seguida por los familiares como respuesta a la reacción del paciente incidirá, sin lugar a dudas, en el mantenimiento o inhibición de conductas favorables o perjudiciales para la salud.

Un paciente acongojado por el miedo y preocupado por no potenciar el desconcierto entre aquellos que le rodean y huir de conductas compasivas, puede escoger sufrir en silencio la agonía que muchas veces sin fundamento, simboliza su enfermedad.

La familia en respuesta de este comportamiento, y decida a no atribuir demasiada importancia al suceso, decide asumir la misma postura y opta también por esconder sus emociones intentando fingir normalidad, así camuflado bajo el disimulo, se pretende caer en un ambiente casi perfecto, desprovisto y libre de la tensión que supondría para muchas familias reconocer y admitir que la estabilidad del núcleo familiar se tambalea."

Pienso que la familia debe actuar con tranquilidad, con la capacidad de entendimiento hacia el paciente, hacerle ver la situación en la que se encuentra y preguntar por las inquietudes que pueda tener el paciente para aclararle todas sus dudas y darle respuestas concretas, sin rodeos, sin darle evasivas a sus inquietudes.

"Si el enfermo determina por voluntad propia solapar sus sentimientos y aceptar el aislamiento emocional que ello supone, es del todo probable que la familia se vea prácticamente obligada a comprometerse con su retiro emocional voluntario y cerrar las puertas a un diálogo tranquilizador, basado en hechos demostrables sobre los que aún son difíciles de creer, numerosas posibilidades de curación.

BRUNO KLOPFER, en un estudio llevado a cabo con la finalidad de intentar predecir el crecimiento rápido o lento de los tumores midiendo la cantidad de represión que la persona generaba, observó que los tumores crecían más rápidamente entre aquellos pacientes que tenían una gran necesidad de aparentar que estaban bien cuando en realidad sufrían fuertes dolores emocionales.

Si por el contrario el paciente, lejos del aislamiento se inclina por adoptar una actitud caracterizada por continuas demostraciones de pánico y sentimientos de condena, se correrá el riesgo de que la familia, aturdida por el peso del desconcierto, inicie un tipo de soporte totalmente inadecuado, desprovisto de sentido y dirigido sólo al consuelo inmediato de los incesantes lamentos del enfermo producto del convencimiento de una muerte cercana.

En el establecimiento de una estrategia familiar adecuada, encaminada a potenciar y estimular las posibilidades de curación del paciente, tan nocivo es descartarse, por el aislamiento como promover un tipo de consuelo que, aún pretendiendo aparentar superficialmente como forma de encubrir el desaliento, encierra en su contenido el dolor que supone también para la familia enfrentarse a una enfermedad que, en cierta manera, amenaza la vida de un ser querido.

El rechazo a la expresión sincera de sentimientos coarta la posibilidad de comunicaciones saludables e induce al desgaste mental y emocional de los que directa o indirectamente se ven afectados por la enfermedad.

Una comunicación abierta apoyada en la sinceridad dirigida a desdramatizar la situación y dispuesta a promover estrategias de afrontamiento constituirá la alternativa idónea para crear un ambiente positivo carente de obstáculos que pudieran frenar la recuperación del enfermo.

Es indudable que las dificultades previas de comunicación entre un paciente y su familia hace más latentes los impedimentos a la libre expresión de pensamientos y corta el alivio que supone liberarse de los medios que invaden la mente del enfermo y perturban su estabilidad pero, por suerte, la capacidad correcta para comunicarse que sinceramente puede ser aprendida.

Es muy importante también para el establecimiento de una relación predispuesta a la salud intentar mantener dentro del seno de la familia un cierto grado de autonomía entre los miembros de la familia. Centrarse total y absolutamente en el paciente, abandonar costumbres y renunciar a la desconexión momentánea con el enfermo, puede repercutir negativamente en la estabilidad emocional de la familia.

El distanciamiento entre familiares y amigos suele ser producto del miedo a la enfermedad y a la pérdida. Del propio paciente dependerá, muchas veces, la clase de relación que se establezca con las personas que lo rodean, a menudo los amigos o familiares, desconcertados, se distancian de la persona enferma por no saber cómo actuar e influidos, también, por las ideas dramáticas que se mantienen sobre la enfermedad. Una comunicación abierta y sincera, apoyada, facilitará la comprensión, un soporte terapéutico adecuado puede resolver los problemas derivados del sentimiento de incompreensión.

La ausencia de comunicación, una vez identificada, debe ser resuelta en mutua colaboración y con el apoyo de un terapeuta especializado, a menudo la falta de comunicación no es más que prolongación de dificultades previas de relación¹⁵.

Para Pilar Vilagrasa, "La comunicación no verbal puede ser un indicador mucho más fidedigno del estado emocional del individuo que sus palabras.

Responder a las señales no verbales en vez de las palabras estereotipadas pueden ser la llave que necesita para abrir la puerta de la comunicación entre usted y su familia poco dispuesta¹⁶.

La familia es la única encargada de reproducir los roles valiosos socialmente, los sujetos aprenden pautas de conducta y valores que no necesariamente corresponden con los aprendidos en el grupo familiar, la personalidad se moldea dentro y fuera del núcleo

¹⁵ Emma Barthe, Cáncer enfrentarse al reto, Ediciones Robinbook, SL 1997, pag 100-103- 163.

¹⁶ Pilar Vilagrasa y Margarita Peya, Paciente Terminal y Muerte, Ediciones Doyma S.A. 1987, pag 65.

familiar y no permanece fija, siempre se modifica a lo largo del tiempo, siempre se esta recreando, por lo tanto el que tenga una enfermedad terminal o incurable no lo limita a seguir aprendiendo a como vivir en familia y determinar que es lo mejor para él y su familia, siempre que cuente con el apoyo de la familia y amigos tendrá mejores decisiones para llegar a una determinación de aplicar la eutanasia si así lo quisiera.

CAPITULO III. Patología Somática.

3.1 Psicológica.

Para William Boyd, "La patología estudia el fundamento de los trastornos funcionales, se puede considerar como el estudio de los procesos y las causas de las enfermedades y de su naturaleza; Procura la patología responder a las preguntas del cómo y porqué de las enfermedades.

A primera vista, parecería fácil formarse un concepto de lo que significa la enfermedad, pero la solución de este problema, es tanto más difícil, cuanto más detenidamente se lo considere. La salud es una condición en el cual el organismo se halla íntegramente adaptado a su ambiente, mientras que la enfermedad constituye un cambio de dicha condición, como consecuencia del cual el organismo sufre malestar (estar mal).

El problema de la salud o la enfermedad puede ser considerado desde los puntos de vista del médico. Un hombre puede sucumbir a las terribles convulsiones de la intoxicación por veneno, pero el patólogo no hallará ninguna alteración estructural, ninguna lesión a la cual atribuir la causa de la muerte.

Mientras haya armonía, aunque sea el precio de las alteraciones estructurales de la compensación y la resistencia, la persona hallará un estado de salud para el clínico, pero para el patólogo interpretará las lesiones de los órganos como pruebas de enfermedad.

Un patólogo que efectuara por primera vez la autopsia de un caso de fiebre tifoidea, no podría deducir los síntomas clínicos a partir de las lesiones pos mortales que observa, así como tampoco el clínico podría predecir los fenómenos estructurales por el mero estudio de un enfermo tifoideo viviente, si no hubiese presenciado antes una autopsia de tal enfermedad.

La anatomía patológica, es el estudio de las alteraciones tisulares que se desarrollan como consecuencia de los factores patógenos, o generadores de enfermedades. Es cierto que en la práctica estas alteraciones pueden ser tan sutiles que escapen a toda investigación, pero ello se debe únicamente a que los métodos de que disponemos son aún groseros, en particular si nos referimos a las denominadas enfermedades funcionales, que constituyen un campo tan vasto en la práctica médica.

Aun a pesar de esas limitaciones, no cabe duda que la anatomía patológica es el fundamento del diagnóstico, pues como Hamman ha declarado, el diagnóstico se refiere más a alteraciones estructurales que a perturbaciones funcionales.

Sería fácil caer en el fatal error de considerar a la anatomía patológica como una mera descripción de estados, en particular del estado en el momento de la muerte.

Pero la enfermedad no es un estado, sino más bien un proceso cuyas manifestaciones se modifican sin cesar, un proceso que puede conducir al restablecimiento o a la muerte, que

puede expresarse en forma aguda y fulminante, o representar el lento envejecimiento de los tejidos bajo la inexorable acción del tiempo.

La lesión ha existido durante muchos años de una vida, y su presencia no basta para explicar el fin que ha tenido. Además, el anatomopatólogo debe explicar no sólo porqué el enfermo falleció, sino también cómo fue capaz de sobrevivir hasta su muerte. Como bien ha observado Boicott: No me admira que la gente muera, eso es fácil de explicarse. Lo que me intriga es cómo han podido seguir viviendo con sus cuerpos tan tullidos, trastornados y consumidos.

Nuestra atención debe dirigirse a los procesos que se llevan a cabo fuera de lugar, fuera de tiempo y fuera de armonía, así como a trastornos de la estructura, pues, en efecto, la enfermedad puede definirse simplemente como una suma de reacciones químicas perturbadoras.

La alta misión del patólogo no se limita a etiquetar las lesiones que tiene ante sus ojos, sino a reconstruir el curso de los fenómenos desde el primerísimo asomo de la enfermedad hasta el momento final en que nos vemos arrojados en la espléndida procesión de la vida.

Las lesiones y los trastornos funcionales a que dan lugar no bastan, para explicarlo todo. Es preciso considerar también las ocultas cualidades de los tejidos y de la sangre, aquellas cualidades que determinan el resultado favorable o no.

Las alteraciones estructurales observadas en la autopsia no se deben a la muerte, pues de ser ésta suficientemente repentina, como en la intoxicación por ácido prúsico, no se registrará alteración alguna. Son aquéllas resultado de procesos de degeneración, reacción, reparación y trastornos del crecimiento que han precedido a la terminación fatal.

Por tanto, la anatomía patológica consiste en el estudio de estos procesos y de sus causas.

El moderno concepto de medicina psicosomática es la tardía realización de esa verdad, verdad que, por otra parte, siempre iluminó el camino de los más grandes médicos de la historia.

Es el paciente, en su totalidad quien requiere la asistencia del médico y no tan sólo un trastorno hepático, una lesión cardíaca o una laringitis.

Como ya lo hiciera notar, para Celso en el siglo XVI, cualquiera que desee conocer al hombre, debe considerarlo una unidad y no un complejo de partes variadas.

El hombre es algo más que la suma de sus partes. O en el antiguo proverbio francés: No hay enfermedades, sino enfermos¹.

¹ Willian Boyd, Tratado de Patología general y Anatomía Patológica, Editorial Bernades, SRL. 2ª. Ed. 1959.

3.2 Impacto de la Patología en la Familia.

Salvador Urraca "nos dice que toda enfermedad más si es terminal, produce fuerte impacto psicológico en el enfermo y en la familia, que demanda reajustes emocionales.

Los problemas se originan por los cambios de estilo de vida, por la pérdida de control, por la pobre interacción, por la pérdida de los papeles individuales y sociales, por las dificultades en ejercer la autonomía, libertad, que facilitan las conductas inhibitoras, de dependencia y de indefensión"².

Javier Vega, "nos señala las fases que expone SPORKEN, que son las siguientes, tomando en cuenta el sexo, la edad, profesión para comprender de modo integral la enfermedad y sus consecuencias psicológicas:

Fase Primera: Ignorancia

El paciente no sabe nada acerca de su enfermedad y, por tanto, no se plantea ningún problema. Sin embargo, se crean dificultades en relación con la familia (que ya conoce el diagnóstico) y se incrementa progresivamente la incomunicación.

En esta fase, es la familia la que más ayuda psicológica necesita, aparece la conspiración del silencio: se evita, en consecuencia, hablar con el paciente de la gravedad de su enfermedad.

Fase segunda: Inseguridad

Esta fase se caracteriza por la esperanza y la expectativa de curación y, a la vez, por un miedo intenso.

El paciente quiere salir de su incertidumbre; para salir de las dudas, hace preguntas a personas diversas con el deseo de que le aseguren que la enfermedad no es grave.

Fase tercera: Negación implícita

El paciente percibe, más o menos conscientemente, su situación real y el desenlace de la misma, pero a la vez, lo niega implícitamente. Incluso realiza nuevos planes, intenta empezar algo totalmente distinto de lo que hasta ahora había sido normal en su vida.

Esta negación es una opinión inconsciente a la creciente toma de conciencia del desenlace mortal de la enfermedad, algo con lo que el paciente no quiere o no puede reconciliarse.

Fase cuarta: Comunicación de la verdad

² Salvador Urraca Martínez, Eutanasia Hoy, Editorial Noesis, Colección Humanidades Médicas, Madrid 1996, pag178.

SPORKEN opina que no hay que comunicar obligatoriamente y siempre la verdad de la enfermedad del paciente. Esto no significa que haya que ocultarlo sistemáticamente la verdad.

El sentido de la comunicación de la verdad es más un compromiso con el moribundo que una información sobre el diagnóstico y el pronóstico.

El momento adecuado para comunicar la verdad al paciente lo marcará el propio paciente.

La persona indicada para tal información es el médico, ya que asume la posición importante en el cuidado del enfermo.

SPORKEN piensa que los diálogos sinceros con los pacientes pueden ayudar a éstos de un modo definitivo, existe, no obstante, una gran incapacidad para enfrentarse con la muerte.

Si se afronta la verdad, se debe estar pendiente de las necesidades psicológicas, sociales y económicas del paciente.

La información, en todo caso, debe realizarse en estadios tardíos y habrá de cuidarse el momento y la forma de comunicar la verdad.

La comunicación o el descubrimiento de la verdad no deberían ser ni el comienzo ni el final, sino un componente esencial de la asistencia al morir.

Esto es lo que nos dice el Modelo de PATTISON, que cada individuo proyecta una trayectoria que espera seguir en su vida, sugiere que cada persona anticipa la duración de su vida y, en función de ella, planifica sus actividades.

El individuo divide su propia trayectoria en dos partes, separadas por la crisis que origina el conocimiento de su muerte.

La primera consiste en las expectativas normales sobre la muerte, después de una vida completa (trayectoria de una muerte potencial). De pronto, el individuo se encuentra con un cambio en la trayectoria debido a una enfermedad mortal o a un accidente grave.

La vida se ha acortado y los proyectos deben replantarse en función del tiempo que queda de vida. A esta fase la llama PATTISON "intervalo de vivir o morir". Este intervalo está dividido en tres fases clínicas: crisis aguda, el vivir-morir crónico y la fase terminal.

La mayor ansiedad se produce cuando el enfermo conoce la inminencia de su muerte. En la fase de vivir-morir crónico, el paciente se enfrenta con el morir y aparecen diversos temores, la fase terminal se inicia cuando el moribundo empieza a retirarse como respuesta a las señales de debilidad³.

³ Javier Vega G, Pelegrin Martínez Boza, Cáncer, pag 32-33.

3.3 Impacto de la Patología en la Sociedad.

Para Robert Kastembau, "las necesidades psicológicas y sociales de la persona aquejada por una enfermedad mortal, no son menos reales que las físicas (aun cuando estos tipos de necesidades pudieran separarse claramente uno de otros: en realidad no es posible).

Aquella persona por ejemplo, siente una gran necesidad de acabar ciertas tareas y obligaciones antes de que llegue su muerte. Aquella otra puede no sentirse tranquila hasta que se haya despedido de sus seres queridos de un modo que la deje satisfecha.

El abanico particular de necesidades es tan variado como la gente misma y, puesto que todo el mundo muere, la diversidad no puede ser mayor.

Pero con las indulgentes visiones del (felicis para siempre), se distrae la atención que debería dedicarse a las exigencias individuales de las personas en trance de morir (y de la familia y los amigos que virtualmente viven y mueren con ellas).

La mayoría de las personas en trance de muerte y de los que están más allegados a ellas necesitan el tiempo que queda para comunicarse pensamientos y para prepararse a lo que ha de venir, puede ser un pensamiento confortador el que el fin en sí mismo sea una especie de liberación, exenta de todo sufrimiento emocional o físico.

El tema de felicis para siempre amenaza con apartar la atención de la situación real de las personas que mueren, de sus seres queridos y de las personas que las cuidan a lo largo de los días, las semanas y los meses que preceden a la muerte"⁴.

Para José Buendía, "Las variables psicológicas que se encuentran presentes en la enfermedad crónica existe una fuerte influencia del entorno cultural e histórico en el que los enfermos son estudiados, por ejemplo el sistema público sanitario español recoge, por el momento a toda la población, esta población debe preocuparse especialmente por los aspectos económicos de la asistencia.

Todos los enfermos que hemos estudiado reciben asistencia en hospitales públicos denominados de alta tecnología, en ellos reciben atención primaria y/o las sucesivas revisiones, a ellos acuden en casos de crisis, aunque vivan en núcleos de población pequeños o grandes.

Este contexto sociocultural, así como el contexto histórico, desempeñan un papel relevante, desde nuestro punto de vista, en la determinación y definición psicológica de las enfermedades, en gran medida los resultados de los estudios sobre enfermos crónicos dependen de la utilización de los servicios de salud por parte de la población que acude en demanda de estos servicios.

⁴ Robert Kastenbaum, Entre la Vida y la Muerte, Barcelona Editorial Herder 1989, pags 46-47.

En el estudio de la enfermedad crónica desempeña un papel importante la familia, se ocupan de la familia como un todo y tienden a ignorar elementos cruciales del funcionamiento individual a pesar de la relevancia que los datos e instrumentos que existen están ofreciendo respecto al funcionamiento del enfermo.

La familia parece desempeñar funciones diversas, no relacionadas entre sí, sin embargo relacionadas con otros dominios de la estimación de la calidad de vida en enfermos crónicos.

Ello implica que debería ser evaluada de modo específico y pertinente a estas funciones, funciones por otro lado, que no siempre son consideradas de forma positiva por parte de los participantes (enfermos y no enfermos): el papel que desempeña la vida sexual, la búsqueda de apoyo físico y económico de la familia, la búsqueda de apoyo social y personal incondicional se presenta como tres focos de variación, independientes entre sí y que caracterizan de modo diferencial a enfermos y no enfermos; que los enfermos son menos partidarios del movimiento asociativo entre enfermos que los sanos, por donde cabría apuntar en un cierto pensamiento (segregacionista) por parte de los no enfermos.

Sin embargo que quede claro que el papel de la familia es complejo y que no siempre los enfermos tienden a buscar en ella el apoyo, si no más bien pueden llegar a inculparla, se le considera como parte del problema y no como fuente de la solución.

Se han aplicado dos cuestionarios de afrontamiento, en el grupo de enfermos (rememoración de afrontamiento y afrontamiento actual) y uno al grupo de no enfermos (afrontamiento actual). Nos restringimos, en lo que sigue, a los resultados correspondientes al papel atribuido a la familia de enfermos físicos crónicos que no se encuentran en fase terminal y que tienden a estar estabilizados en cuanto se refiere a niveles biológicos.

En el afrontamiento rememorado se aisló un factor de segundo orden al que llamamos negación de la enfermedad con inculpación a la familia y oferta de información a amigos, se aúna, en esta ocasión, una tendencia a atribuir a la familia el origen de la enfermedad y, a la vez, se niega la gravedad de la misma, y en caso de consultar problemas relacionados con la salud de las personas tienden a dirigirse a amigos más que a familiares.

Dado que este cuestionario ha sido cumplimentado solamente por enfermos crónicos, los resultados que siguen se refieren solamente a este grupo y las diferencias encontradas entre los distintos grupos.

El procedimiento seguido ha sido la delimitación de concomitantes y/o codeterminantes de afrontamiento de las diferencias detectadas en interacción familiar, el procedimiento consistió en la formación de grupos extremos de puntuaciones en los factores de personalidad referidos al contexto familiar y estudiar las diferencias en el factor de afrontamiento de negación de la enfermedad y rechazo de la familia.

El número de sujetos por grupo de comparación ha estado entre 8 y 63 en función de la distribución de las puntuaciones. Los resultados más relevantes encontrados pueden resumirse en los siguientes puntos:

El grupo que presenta menos diferencias es el de trasplantes renales con éxito, en este grupo solamente aparecen diferencias en el factor de transigencia personal en el ambiente familiar, una mayor transigencia va aparejada con un mayor rechazo de la familia.

Cuatro factores de diferenciación familiar parecen ser concomitantes de diferenciación entre los otros cinco grupos de enfermos.

Los enfermos con diálisis, cáncer, hipertensión y diabetes que inculpan más a la familia presentan mayor impulsividad, mayor tendencia a buscar la novedad, mayor ansiedad social en el contexto familiar y con excepción de enfermos con cáncer, mayor control de ira con tensión y rencor.

En el afrontamiento actual tenemos datos correspondientes a grupos de enfermos y grupos de no enfermos en ciertos factores de personalidad por ello se han hecho tres tipos de análisis. En primer lugar, se ha seguido el mismo procedimiento que acabamos de presentar entre grupos de enfermos.

En segundo lugar, se han llevado a cabo comparaciones entre cada grupo de enfermos y el de no enfermos. finalmente se ha hecho un análisis multivariado (discriminante) para perfilar un poco más el tipo de compromisos del rechazo familiar.

Respecto al grupo de enfermos entre sí (grupos extremos de puntuaciones) habría que decir que, en general, el poder de diferenciación es menor que lo que acaba de mencionarse en el párrafo anterior referido al factor de afrontamiento rememorado: no presenta papel significativo alguno en el caso del grupo de trasplante renal con éxito y tienden a ser relevantes los factores de impulsividad, control de ira con tensión y rencor y la transigencia hostil.

De todos los grupos, es el de diabéticos el que ofrece mayor número de concomitancias diferenciales con personalidad (lo que sugeriría que el rechazo a la familia se encontraría más arraigado en el caso de los diabéticos y, por ello, con mayor dificultad de cambio).

Resulta de interés señalar que las diferencias y factores en los grupos de hipertensión y de cáncer son las mismas (en cuanto a factores y cuantía), por lo que cabría pensar que el grado de gravedad y la sintomatología específica, en un rango muy amplio del mismo, no desempeñan, al parecer, un papel relevante.

Con el fin de acercarnos a la dimensionalización de estas diferencias se han llevado a cabo comparaciones entre cada grupo de enfermos y el grupo de no enfermos: en todos los casos el rechazo de la familia es significativamente mayor en el grupo de no enfermos que en el grupo de enfermos.

Este resultado sugeriría que, pese a la institución familiar no resulta incondicionalmente aceptada para los enfermos su aceptación es mayor que la correspondiente al grupo de no enfermos, por lo que cabe hablar de un gran rechazo a la familia en la enfermedad crónica y que esta institución resulta útil en nuestros días para los enfermos crónicos.

Por lo que se refiere al análisis entre distintos grupos de enfermos entre sí, no han aparecido diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de enfermos entre sí a excepción de la comparación entre hipertensos y enfermos con cáncer (los hipertensos rechazan menos resultado que no cabría esperar, en principio, dada la atribución de personalidad depresiva monopolar, para enfermos de cáncer).

La ocultación de la información a la familia, como la inculpación específica a la familia sobre el estado de enfermedad, vienen determinadas, en su mayor parte, por elementos comprometidos con ansiedad en distintos niveles funcionales (básico como neuroticismo, pero así mismo con factores contextual-familiares como miedo a la familia y ansiedad social) y rigidez fundamentalmente relacionada con el mundo laboral⁵.

3.4 El Paciente Terminal.

Enrique Díaz, "nos describe la situación de los enfermos terminales y con graves minusvalías que solicitan su muerte, ha suscitado una de las problemáticas más complejas de nuestros días. Tan es así, que la pugna doctrinal que existe en torno a la disponibilidad de la vida, parece atenuarse en estos supuestos. Ello se debe a que los defensores del derecho a disponer de la vida y por su titular, se suman autores que en otros supuestos habían negado ese derecho.

Tal es el caso, por ejemplo, de Albin Eser, quien señala: la Constitución protege la vida, sin establecer un derecho a la muerte; pero no la protege de forma absoluta, sino teniendo en cuenta unos mínimos cualitativos, en el mismo sentido, para Schmidhauser, existe una imposibilidad de hallar otra solución cuando la vida ha perdido tan completamente su sentido para el que la vive que sólo se ve, como camino posible, la conclusión violenta de la misma.

En España, Bajo Fernández, manifiesta: en ocasión anterior manifesté mi opinión contraria a la regulación de la eutanasia activa, sin embargo, el aumento, a consecuencia de los avances técnicos en la medicina, de supuestos delirantes de vidas que se sostienen en condiciones de indignidad y de horror, y la necesidad de que en estos casos nadie tenga el deber de vivir, me han inclinado, con el sector doctrinal más joven, a cambiar de opinión, y dentro de la prudencia que el asunto requiere, admitir algunos supuestos de eutanasia activa a enfermos terminales o con dolores insoportables y a petición y expresa del enfermo. Aunque, no faltan autores que aún así se mantienen en esa postura de negar el derecho a disponer de la vida.

⁵ José Buendía, Familia y Psicología de la Salud, Ediciones Piramide 1999, pags 136-37, 156-159.

La justificación de la eutanasia teniendo en cuenta el deterioro que sufre la vida humana en las circunstancias en las que vive el enfermo terminal"⁷.

Ana Maria Marcos del Cano, "Se refiere a la tesis de Tooley, hay que poner de manifiesto que, independientemente de que se concuerde con su definición de vida humana, el hecho que la calificación de racional o no de una acción dependa de si así la juzga el individuo que, por otro lado, se encuentra en condiciones penosas de sufrimiento, es, cuando menos, discutible. Pensamos que la racionalidad de un acto debe medirse en función de unos parámetros objetivos de los que carece la enfermedad terminal, sufrida por una persona.

La más importante: intervención del tercero, que no puede pasar desapercibida en tanto que, en primer lugar, es el que interpreta la voluntad del paciente y, en último termino, es el que ejecuta la acción"⁸.

Para Salvador Urraca, "En la sociedad postmoderna existen hechos que conviene resaltar si se desea comprender las circunstancias que rodean al enfermo terminal y sus consiguientes reacciones:

- a) La emergencia de la familia nuclear, compuesta por padres e hijos.
- b) El incremento espectacular en la tasa de personas en edad senil;
- c) La progresiva muerte hospitalaria.
- d) La modificación de los estilos de vida.
- e) La aparición de instrumental biotecnológico sofisticado que puede mantener artificialmente la vida de los pacientes terminales.
- f) El reconocimiento del derecho a la libre disposición del propio cuerpo y de la autonomía individual.
- g) La deshumanización de la Medicina en aras de una mayor eficacia curativa.
- h) La creciente secularización y desencanto que acompaña al progreso.
- i) La insistencia en el bienestar y en la calidad de vida.
- j) La despersonalización del morir y de la muerte.

Como consecuencia de tales hechos, y algunos otros, las personas viejas y los moribundos no tienen cabida en el núcleo familiar, especialmente en las grandes urbes.

⁷ Enrique Díaz Aranda, *Del Suicidio a la Eutanasia*, Primera Edición Mex. 1997 Editorial Cardenas, 268-269.

⁸ Ana María Marcos del Cano, Marcial Pons, Ediciones Jurídicas y Sociales S.A. Madrid 1999, 172.

Por ello, se les acomoda en los centros hospitalarios o geriátricos, que casi siempre implican desarraigo, segregación, soledad y ruptura con los referentes sociales y familiares; sí bien es cierto que dichos centros ofrecen compensaciones asistenciales y sanitarias relevantes.

De modo que este cúmulo de variables deriva de la conformación del perfil psicológico del enfermo terminal. Sin que, por otra parte, exista un modelo comportamental generalizable a todos los moribundos, aunque hay características y estereotipos que pueden sintetizarse en los siguientes:

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

Otro caso no menos importante es el de los pacientes terminales cuyas preferencias se circunscriben a la autodeterminación, al rechazo de los tratamientos invasivos o de mantenimiento de una vida precaria y decaída.

Prefieren la muerte antes que vivir aterrorizados por las condiciones indignas e insufribles de la enfermedad terminal. Por ello, renuncian a la lucha, a la auto inmolación y a la aceptación de una vida sin calidad.

No es de extrañar que requieran la ayuda activa de los médicos, sea solicitando la eutanasia activa directa o el suicidio asistido. Pueden exigir el control de su muerte para que resulte digna, indolora y dulce⁹.

Para Pilar Vilagrosa, "Las necesidades de los pacientes moribundos son: necesidades psicológicas o emocionales, determinadas en gran medida por la etapa de agonía, y necesidades fisiológicas, influidas por los cambios corporales.

Para entrar en el mundo de una persona moribunda, hay que diferenciar entre el proceso de agonía y el acto de morir. Como subrayaron Weisman y Hackett, dos psiquiatras: El temor a la muerte es una actitud específica hacia el proceso de agonía y no está relacionado con el hecho de morir.

La agonía es el camino por el que se viaja hacia el no ser, hacia la aniquilación física, la agonía abarca un periodo que puede estar cargado de dolor, deterioro corporal y angustia mental.

⁹ Salvador Urraca Martínez, Eutanasia Hoy, Editorial Noesis, Colección Humanidades, Madrid 1996, pag 34-36.

La muerte es el estado final del no ser. El hombre no puede conceptuar su propia muerte, su propio estado de no ser. Sin embargo, puede formarse un concepto del proceso de agonía, y también del no ser de otra persona. Así la mayoría de personas temen más al proceso de agonía que la propia muerte.

Francis Bacon lo expresaba de esta manera: Conozco a muchos hombres sabios que tienen miedo a morir, pues el camino es amargo. Pero no creo que ningún hombre tema estar muerto, sino sólo el ataque de la muerte.

La secuencia de la agonía, a lo largo de muchos años he observado que en la mayoría de los pacientes hay una secuencia de acontecimientos fisiológicos que se relacionan específicamente con el proceso de agonía.

Con demasiada frecuencia los libros sobre la muerte y el proceso de agonía pasan por alto estos acontecimientos y las necesidades fisiológicas de los pacientes moribundos: se concentran únicamente en los sucesos y necesidades psicológicas. Ciertamente las necesidades psicológicas de un enfermo moribundo pueden ser complejas y confusas, y usted necesita saber como satisfacerlas.

Pero no olvide que también debe saber como cubrir sus necesidades fisiológicas, administrando cuidados físicos planificados y orientados a un objetivo, puede comenzar por comprender lo que el enfermo esta experimentando.

La sensibilidad y capacidad de movimiento del paciente, así como sus reflejos, se pierden primero en las extremidades inferiores y luego, gradualmente, en las superiores. He observado que en esta fase la presión sobre las extremidades parece molestar al enfermo, las sábanas deben estar flojas o de lo contrario el paciente se sentirá incomodo.

Así mismo, han de realizarse cambios posturales frecuentes y prestar una atención especial a la posición de las extremidades inferiores.

A medida que se deteriora la circulación periférica, existe una abundante sudación y la superficie corporal se enfría, independiente de la temperatura de la habitación. La sudación es máxima en las partes superiores del cuerpo, y más profusa en las superficies de los músculos extensores que en la de los flexores.

Las temperaturas del organismo empezarán a elevarse, por fría que este la superficie corporal, la mayoría de pacientes moribundos nunca notarán la sensación, su agitación con frecuencia está causada por la sensación de calor. Sus bruscos movimientos intentan aligerar la ropa de la cama.

En este punto, necesitan ropas más finas y circulación de aire fresco, usted deberá controlar el entorno y explicar a los familiares que, aunque pueda parecerles que el paciente está frío cuando lo tocan, él no es consciente de tener frío porque su temperatura interna es lo suficientemente elevada.

El paciente moribundo puede girar la cabeza hacia la luz, a medida que la visión y audición disminuyen, el enfermo moribundo sólo ve lo que está muy cerca y sólo oye lo que se le dice directamente a él.

La habitación debería disponer de luz indirecta, y conviene instar a los seres queridos a sentarse cerca del paciente a la cabecera de su cama, las enfermeras y los familiares no deberían crear sombras en la habitación, hablar en voz baja en una esquina, ni dejar de responder sinceramente a una pregunta del paciente. Para esto, tal como lo dicen los psiquiatras Weisman y Hackett, nosotros imponemos inconscientemente el fenómeno de la agonía premortem.

La sensibilidad por contacto del paciente moribundo está disminuida, aunque pueda sentir la presión, debería averiguar si al enfermo le gusta que lo toquen, recuerde el contacto físico puede ser una intrusión. Algunos pacientes quizá prefieran cerrar los ojos para comunicarse.

El paciente moribundo puede sentir dolor durante todo el proceso de agonía, aunque valorar y tratar el dolor crónico es difícil, usted puede proporcionarle todo el alivio posible.

Si la circulación periférica se ha deteriorado, la medicación ha de administrarse por vía intravenosa.

El paciente moribundo con frecuencia permanece consciente hasta el final usted tiene que brindarle unos cuidados integrales, pero independientemente de que esté consciente o no, en la agonía sigue siendo la misma persona que fue en vida. Si durante la vida fue maestro, médico, sacerdote, será maestro, médico o sacerdote cuando agonice.

Puede haber un intervalo de paz antes de la muerte, antes del acto final de la vida. Los pacientes que permanecen conscientes hasta el último minuto con frecuencia manifiestan que no sufren.

Tal como lo murmuró el gran anatomista William Hunter antes de morir, si tuviera la fuerza suficiente para sostener un lápiz podría escribir lo fácil y agradable que es morir.

No existen dos personas que reaccionen igual ante la agonía o la muerte, a pesar de ello, y tal como ocurre con los acontecimientos fisiológicos de la agonía, el duelo, que es la respuesta psicológica, discurre por ciertos estadios característicos.

El conocimiento de estas etapas le ayudará a anticiparse y a cubrir las necesidades psicológicas del enfermo moribundo¹⁰.

Para Arnold Kraus, "Lo que le preocupa más al enfermo terminal: morir, perder la autonomía, sentir resquebrajada la dignidad o padecer el dolor, la respuesta varía, cada individuo es diferente y cada quien confronta temores distintos.

¹⁰ Pilar Vilagrosa y Margarita Peya. Paciente Terminal y Muerte, Ediciones Doyma S.A., 1987, pag 16-18.

Los pacientes terminales, paralelamente a la agonía del adiós, suelen desgajarse más por las heridas a su autonomía y a su dignidad.

No en balde al evocar la vida como totalidad, Séneca, en *Epistulae ad Lucilium*, escribió, así como seleccionaré mi barco cuando valla a realizar un viaje, o mi casa donde me proponga residir, así escogeré mi muerte cuando este a punto de abandonar la vida, recontextualizar a Séneca es fácil los hechos críticos en la vida exigen decisión para que así devengan en dignidad. No puede uno respetarse olvidando que autonomía y dignidad son parte cimental del esqueleto del alma.

Cuando emerge la pregunta ¿es necesaria la eutanasia?, la respuesta debe abarcar dos ámbitos. El del individuo y el que agrupa a la comunidad médica y a la sociedad.

Es común escuchar que la eutanasia es innecesaria porque siempre hay vías para ayudar al enfermo terminal. Se habla de analgésicos muy potentes, equipos médicos sofisticados, movimientos de hospicio, y sobre todo, de la santidad de la vida.

Lo anterior presupone que todo enfermo podrá fenecer en condiciones óptimas, las cuales son difíciles de definir; Para quien se consigue una muerte serena: para la profesión médica, la familia o el moribundo, la respuesta deseable es que para este último. Los primeros son sólo parte del escenario, para ellos la muerte está presente a través del otro.

Son incontables los casos en que la ciencia puede menos que el mal y la soledad más que la familia o el personal médico, de hecho, enfermos que entran en fases terminales, pero que contaron con tiempo suficiente para cavilar respecto al final, han explicado en entrevistas que uno de los mayores temores es la pérdida de la dignidad.

Dependencia, atropello de la individualidad, incontinencia, imposibilidad para alimentarse y asearse, dificultad para moverse e incluso voltearse, desfiguración del físico y pérdida de la voz son algunas de las constantes que afligen y abochornan a los enfermos. La soledad cumple sin duda un papel similar.

La cuestión inicial, es necesaria la eutanasia, germinó a partir del miedo a morir aislado, con dolor y en condiciones indignas.

El paciente terminal debe saber cuál es su futuro, así podrá ser copartícipe de las decisiones esenciales¹¹.

Salvador Urraca, "nos describe las categorías válidas para los enfermos terminales:

Calidad de vida disminuida;

Situaciones de déficit físico o mental, que todavía permiten una vida propiamente humana. Naturalmente, esta categoría no plantea problemas de eutanasia.

¹¹ Arnoldo Kraus, Asunción Alvarez, *La Eutanasia*, Tercer Milenio, Primera Edición 1998, pag 32-33.

Calidad de vida mínima;

Situaciones irreversibles de sufrimiento intolerable para el sujeto, de frustración definitiva de las expectativas más vitales, de importante restricción de nivel de conciencia o de la capacidad de comunicación.

En esta categoría es donde se plantean verdaderamente los dilemas éticos, aquí, las consideraciones de calidad de vida importan bastante, pero no deben de ser los únicos factores a tomar en cuenta, y no son necesariamente decisivas.

Calidad de vida bajo mínimos; Situaciones de ausencia irreversible de una mínima capacidad de conciencia y de relación con otros seres humanos. Los estados vegetativos permanentes constituyen el paradigma de estas situaciones.

El estado vegetativo es considerado la inconsciencia en el que el paciente se mantiene con los ojos abiertos, despierto, con ciclos de sueño y vigila pero sin darse cuenta en absoluto de si mismo a de su alrededor”.

Continuar con el tratamiento, cuando carece de sentido, sin beneficio alguno para el paciente, en cuanto que no existan expectativas de recuperación de la conciencia, sin tan sólo de prolongación de la agonía, constituirá un ataque a la dignidad humana, tales tratos podrían llegar a ser inhumanos o degradantes.

“En esta categoría, los problemas de eutanasia en realidad son mínimos, en ella la calidad de vida, o por mejor decir, la ausencia completa de calidad de vida, justifica plenamente las decisiones de abstención terapéutica”¹².

Para Pilar Vilagrosa, “argumenta que a veces, el enfermo en estado terminal tomará la decisión de rechazar todas las medidas extraordinarias para el mantenimiento de la vida y optará por una muerte natural”.

La decisión que tiene el paciente de ya no seguir con los tratamientos indicados por el médico, en virtud de que tiene ese derecho, y al darse cuenta que ya no se recuperará, desea que ya no lo sigan torturando con tratamientos que no obtendrá ningún resultado positivo.

“Si el paciente no puede tomar esta decisión, un miembro de la familia, con la cooperación del médico, puede decidir por él, en ocasiones el paciente con una enfermedad terminal escogerá morir de forma natural con el apoyo de su familia, pero el médico, el hospital o el centro de cuidados crónicos rechazará o insistirá en que se tomen medidas extraordinarias para el mantenimiento de la vida”.

¹² Salvador Urraca Martínez, Eutanasia Hoy, Editorial Noesis, Colección Humanidades Médicas, Madrid 1996, pag 45-46.

En este caso se al designar a un miembro de la familia que sea elegido por todos los integrantes de la misma, tomaran la decisión adecuada de darle cumplimiento a su petición de tener una muerte digna.

Nuestra sociedad tiende a favorecer el uso de medidas extraordinarias para el mantenimiento de la vida cuando el paciente está bajo una amenaza vital transitoria o reversible. Pero cuando estas medidas extraordinarias se emplean con un enfermo moribundo, las opiniones entran en conflicto.

"Según algunos, las medidas extraordinarias de apoyo a la vida sólo son apropiadas cuando pueden mejorar la calidad de vida de la misma, estas personas, sin embargo, no han llegado a un acuerdo sobre la definición de la calidad de vida. ¿ Mejorar la calidad de vida significa disminuir el sufrimiento del paciente?, ¿O significa acrecentar las capacidades del paciente, como la conciencia cognitiva, la competencia mental, la productividad o el valor social"¹³.

3.5 Muerte Cerebral.

Carlos Gherardi, "nos dice que el diagnóstico de muerte cerebral, sigue siendo un conflictivo para la sociedad y para la medicina a pesar de haber transcurrido más de treinta años desde que fuera propuesta como una alternativa frente a la clásica y tradicional muerte cardiorrespiratoria.

El célebre informe del Comité de la Escuela de Medicina de Harvard publicado en 1968, propone por primera vez definir el llamado coma irreversible hasta entonces como un nuevo criterio de muerte, y reconoce como motivación esencial para ello la cantidad de pacientes con cerebro dañado severa e irreversiblemente que estaban sometidos a ventilación mecánica y la ausencia de sistematización sobre las condiciones requeribles del presunto donante para efectuar la ablación (suspensión del tratamiento y enterramiento), que permitiera la obtención de órganos para trasplante.

Para la medicina y para la sociedad este hecho significó la internacionalización de una nueva definición que cambió el concepto y el criterio sustentado hasta entonces y que se basaba en la completa interrupción del flujo sanguíneo (paro cardíaco o asistolia) y la cesación consecuente de las funciones vitales (respiración, ruidos cardíacos, pulso, etc.)

El corazón ya no podía ser considerado el órgano central de la vida y la muerte como sinónimo de ausencia de latido cardíaco, se elegía el cerebro como el órgano cuyo daño debía definir el final de la vida.

La aparición de la muerte cerebral como un estricto diagnóstico neurológico ante cuadros claramente irreversibles, permitió la inmediata creencia de que estábamos en presencia de un nuevo adelanto médico capaz de descubrir por el método científico el verdadero fundamento de la muerte.

¹³ Pilar Vilagrosa y Margarita Peya, *Paciente Terminal y Muerte*, Ediciones Doyma S.A. 1987, pag 135-136.

La irrecuperabilidad e irreversible de este cuadro prestó absoluta credibilidad a la interrupción del soporte vital¹⁴.

Esta propuesta sobre muerte cerebral se impuso rápidamente por la clara evidencia de irreversibilidad en aquellos pacientes en quienes se verifican las condiciones neurológicas allí descritas y en los que, aun manteniendo las medidas de asistencia respiratoria mecánica y de soporte circulatorio, el paro cardíaco se producirá en pocas horas o días

Antonio Pardo, "respecto al ambiente médico, se llegó a un consenso pragmático: el infarto cerebral total, o muerte cerebral, de pronóstico infausto a corto plazo a pesar de todo tratamiento, era equivalente a muerte del hombre.

Por tanto, los órganos de los pacientes en ese estado, supuestamente ya cadáver, podrían ser tomados para la realización de trasplantes, sin cargo moral alguno, en ciertos ambientes se pretendió, años después, hacer equivaler la vida humana con la presencia o ausencia de manifestaciones de sensibilidad o racionalidad: fueron diversas las definiciones de muerte cortical y muerte neocortical, (coma, ausencia de motilidad voluntaria y sensibilidad), que corresponden a la destrucción de la corteza cerebral, o de una parte especialmente significativa de ella; esta destrucción parcial del cerebro, con la consiguiente pérdida de las capacidades sensitivas e intelectuales"¹⁵.

Se debería estar en posibilidad de determinar cierto tiempo para la donación de órganos, para los trasplantes que se puedan efectuar, y no hacer más difícil la atención a pacientes en situaciones claramente irreversibles.

Pilar Vilagrosa, "nos da una respuesta a este problema, es una definición más precisa de la muerte, basada en el concepto de muerte cerebral. Aunque en unos pocos estados existan leyes que definan la muerte cerebral, en la mayoría no es así y se sigue la proposición de la American Medical Association de que la muerte deberá determinarse por el juicio clínico del médico, quien se basará en los criterios disponibles y actualmente aceptados.

La definición de muerte elaborada por un comité ad hoc de la Harvard Medical School, según ella, existen cuatro criterios para determinar la muerte cerebral.

Falta total de respuesta, incluso a estímulos dolorosos.

Ausencia de reflejos de los pares craneales.

Funciones vitales mantenidas mediante un respirador.

EEG indicativo de ausencia de actividad eléctrica cerebral.

¹⁴ Carlos Gherardi, Muerte Cerebral, Revista Ecuatoriana de artículos Especiales, Volumen 3, Número 1.

¹⁵ Antonio Pardo, Universidad de Navarra, Departamento de Humanidades Biomédicas. pag 2.

Estas condiciones deben persistir durante más de 24 horas, además, el médico debe excluir una intoxicación del sistema nervioso central y una posible hipotermia.

Otros grupos que han definido, o intentado definir, la muerte cerebral son el Baylor University Medical Center y la American Medical Association. El Baylor University Medical Center propugna el uso de los siguientes criterios para certificar la muerte en los pacientes cuyas funciones se mantienen con apoyo artificial:

El paciente no mostrará signos perceptibles de conciencia con respecto al entorno ni ante la estimulación externa, así mismo, será incapaz de mantener, sin apoyo artificial, una o más funciones vitales esenciales para la recuperación y el mantenimiento de la conciencia.

Este estado será un estado cerebral permanente e irreversible, o será irreversible la causa de este estado, excluida cualquier expectativa razonable de recuperación del paciente.

Los médicos que determinen la muerte emplearán recursos de examen, observación y tantas pruebas y consultas como puedan ser apropiadas para tomar esta decisión. El mérito de la consulta en esta determinación intrínsecamente grave es evidente"¹⁶.

Para Arnoldo Kraus, "Hay pacientes que permanecen en muerte cerebral por meses incluso por años. No hay consenso en cuanto a las actitudes que deben adoptarse en estos enfermos.

Algunas condiciones médicas, derivadas del avance tecnológico, han sido tierra fértil para cavilar en la eutanasia, la muerte cerebral es un ejemplo, estas polémicas iniciaron hace treinta años y aún no finalizan.

Cuando los trasplantes empezaron a ser realidad, resulto urgente profundizar en los criterios de la muerte cerebral, la razón es obvia se requerían órganos intactos. En el caso de los trasplantes renales esto podía hacerse con facilidad, ya que donar un riñón no modifica la vida del donador. En cambio, con otros órganos esto era moralmente imposible o incompatible con la vida, sería el caso de donar una córnea y perder un ojo.

Las necesidades de contar con órganos encaminó a los cirujanos a buscar paciente con patologías intracraneeas que produjesen muerte cerebral. De ahí la necesidad de explicar la muerte humana a partir de la ausencia de función cerebral y no sólo cardíaca, en este contexto, la muerte cerebral, tiene un propósito.

La cuestión, que vincula moral, eutanasia y muerte cerebral es la siguiente: ¿Puede hablarse de vida cuando las funciones cerebrales han cesado?.

¹⁶ Pilar Vilagrosa y Margarita Peya, *Paciente Terminal y muerte*, Ediciones Doyma S.A. 1987, pag 137.

Como se define la muerte cerebral, lo más importante es descartar que el enfermo haya ingerido sedantes o drogas, que no sufra de colapso cardiovascular, que no tenga hipotermia y que no padezca lesiones cerebrales remediables.

Eliminando lo anterior, los criterios son:

Ausencia de respuesta cerebral (coma profundo).

Apnea (falta de respiración).

Carencia de actividad cerebral demostrada por el electroencefalograma.

Pupilas dilatadas.

Inexistencia de reflejos cefálicos (pupilares, auditivos).

La suma de los criterios anteriores confirma el diagnóstico.

La muerte cerebral compromete, cuando se trata de un ser querido, es semilla para la reflexión, aflora inquietudes como los testamentos de vida, los límites de la existencia y el lugar de la eutanasia.

Mantener en vida a pacientes con muerte cerebral es producto de la tecnología médica. en ocasiones pueden permanecer vivos indefinidamente, lo que plantea dilemas éticos impostergables¹⁷.

Para Carlos Gherardi, "La participación de la sociedad en este debate es imprescindible por que los problemas que tienen que ver con la vida y con muerte no son simplemente dependientes de un ordenamiento moral, médico ni jurídico sino del derecho a morir y a vivir de cada uno.

Si en cambio todo este proceso se lo ve como un fenómeno exclusivamente médico no se plantea la verdad en su totalidad y se excluye a la sociedad de un debate y un acuerdo en el que debe participar porque el tema le atañe absoluta y completamente.

La definición existente sobre la muerte cerebral y cualquier otra basadas en la afectación del cerebro superior no permite el enterramiento del cuerpo (cadáver), mientras no se haya producido el paro cardíaco.

A la ausencia de actividad circulatoria (asistolia), que tradicionalmente defina la muerte y hoy sólo es un requisito para disponer el enterramiento del cadáver, se llega en la muerte cerebral por el abandono de todos los métodos de asistencia en pocos minutos u horas. mientras que el estado vegetativo persistente son necesarios 10 o 15 días desde la suspensión de la hidratación y nutrición.

¹⁷ Arnoldo Kraus, Asunción Alvarez, La Eutanasia, Tercer Milenio, Primera Edición 1998. pag 34-35.

Toda esta compleja situación que se genera en la práctica, justifica a Halevy y Brody, cuando proponen obviar la discusión sobre cuándo ocurre la muerte y proponer en cambio una respuesta para cada una de las preguntas centrales:

Cuando se puede suspender el cuidado para el paciente, cuándo puede extraerse los órganos para trasplantarse y cuándo es posible el enterramiento del cuerpo.

Para estos autores los médicos debieran estar autorizados a suspender unilateralmente el tratamiento ante la pérdida irreversible de la conciencia, situación discutible porque margina al paciente o a su representante en la determinación de la futilidad de una acción médica y la separación podría efectuarse cuando se cumplan los criterios clínicos hoy vigentes de muerte cerebral, aunque hoy se propone la posibilidad de efectuarla en situaciones como la anencefalia.

La tercera pregunta es la única que tiene acuerdo unánime, para enterrar el cuerpo es condición necesaria el paro cardíaco.

Finalmente en el análisis ético del (permitir morir) se debe considerar que, más allá de los métodos que deben suspenderse, la toma de decisión sobre la muerte se encuentra en el marco del derecho a morir de cada paciente.

El consenso moral, médico y legal que tiende a producirse sobre las decisiones del morir debiera cumplir tres principios fundamentales: el pleno conocimiento de la sociedad sobre la necesidad del establecimiento de un límite convencional en la atención médica en determinadas circunstancias, el respeto por las preferencias del paciente; y que la aplicación de alguna regla no permita arbitrariamente la muerte programada de minusválidos mentales o físicos"¹⁸.

Lo mejor y aceptable para el paciente, y para sus familiares es aceptar la interrupción del soporte vital para permitir la muerte, cuando el paciente está inconsciente.

3.6 SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida).

Para José Luis Ayuso Mateos, "La epidemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), que se ha desarrollado desde principios de la década de los ochenta, ha vuelto a poner en un primer plano la intrincada relación existente entre la conducta del individuo y el desarrollo de una enfermedad.

Cuando el progreso de la medicina, como ciencia dotada de una sofisticada tecnología y con un arsenal terapéutico extenso, hacia prever la progresiva erradicación de muchas enfermedades infecciosas epidémicas, se extiende con vertiginosa velocidad, tanto en las sociedades más avanzadas como en los países subdesarrollados, una nueva enfermedad que, en la gran mayoría de los casos, se transmite por conductas de riesgo fácilmente

¹⁸ Carlos Gherardi, Muerte Cerebral, Revista Ecuatoriana de artículos Especiales, Volumen 3, Número 1.

identificables y que, sin embargo, a pesar de intensas campañas de prevención e información, están resultando de muy difícil erradicación entre los individuos.

La consolidación de la medicina psicosomática y la psiquiatría de enlace, a partir de la integración de los psiquiatras en equipos multidisciplinarios en el ámbito del hospital general y de los equipos de atención primaria, ha permitido que, en paralelo con la sofisticación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, se haya puesto en práctica una perspectiva integradora que trata de incorporar las dimensiones psicológicas y sociales que pudieran ser reveladas para la explicación en la enfermedad, su evolución, su pronóstico y su tratamiento.

El modelo biopsicosocial destaca la importancia de la comprensión del comportamiento y la enfermedad desde la perspectiva de la teoría general de sistemas, en la que se establece la interacción e influencia mutua de los sistemas biológicos, psicológicos y sociales.

La focalización exclusiva en una sola área de este sistema conduce a la negación del resto y a un estrechamiento de la perspectiva, en torno a la conducta humana en situaciones de normalidad y de enfermedad.

El impacto psicológico de la infección por el VIH y sus secuelas neuropsiquiátricas han sido objeto de estudio desde el comienzo de la epidemia. A medida que nuestros conocimientos respecto a esta nueva enfermedad han progresado, hemos podido observar cómo los pacientes que la sufren presentan a menudo trastornos psiquiátricos que se añaden a las complicaciones médicas secundarias a la infección por el VIH.

Muchos de los problemas de salud mental que presentan los sujetos con VIH, son comunes a los previamente descritos en pacientes con cáncer u otras enfermedades terminales. Sin embargo, la frecuencia de aparición de trastornos psiquiátricos en los enfermos de VIH es superior a la de otras enfermedades con un pronóstico similar.

En la epidemia del SIDA, se añade una serie de problemas relacionados con la naturaleza del impacto social de esta nueva enfermedad: la juventud de los individuos contagiados, la posible implicación del sistema nervioso central (SNC) dentro de las manifestaciones clínicas y la vulnerabilidad psicológica de muchos de los sujetos pertenecientes a los llamados grupos de riesgo.

Además, dada la atención que ha recibido esta enfermedad en los medios de comunicación, la ansiedad y los medios hipocondríacos con respecto al contagio aparecen frecuentemente entre la población general.

Relación psiquiátrica previa de los sujetos afectados; Los grupos inicialmente de alto riesgo para contraer la infección por VIH, presentan una alta morbilidad para la presentación de trastornos psiquiátricos, con dependencia de la infección por VIH. Así, los usuarios de drogas por vía parental tienen, ya de por sí, un trastorno psiquiátrico, el relacionado con su consumo de drogas y frecuentemente existe, además, una comorbilidad con otros diagnósticos.

De forma semejante, en las series de estudiantes de sujetos homosexuales con VIH, también se ha informado de una alta presencia de trastornos mentales, de aparición previa al diagnóstico de esta infección.

Los pacientes con hemofilia previa a la aparición de la epidemia de SIDA, presentaban una serie de circunstancias que aumentaban la morbilidad psiquiátrica en este grupo.

Entre ellas destacaríamos, el carácter hereditario de la enfermedad; la dependencia establecida, desde edades muy tempranas, de los dispositivos hospitalarios de asistencia especializada; y las limitaciones al desarrollo de algunas actividades físicas.

A la hora de valorar el impacto que sobre salud mental de un individuo tiene la infección por VIH, el clínico debe tener en cuenta estas circunstancias características de los sujetos que contraen la infección. En un gran número de situaciones, los síntomas psicopatológicos no son sólo la expresión de fenómenos psicológicos y neuropsiquiátricos vinculados con el desarrollo o el conocimiento de la enfermedad por VIH, sino que están más vinculados con la psicopatología previa del sujeto.

Estas circunstancias deben ser tomadas en cuenta a la hora de planificar cualquier intervención terapéutica, con el objetivo de conseguir una mejor adaptación del sujeto a la enfermedad.

El efecto psicológico del diagnóstico por VIH, al sujeto afectado es una circunstancia catastrófica, que provoca una respuesta emocional relacionada con la percepción que tiene el individuo de la enfermedad y con la evidente estigmatización que supone en el seno de la sociedad.

El miedo al SIDA, es generalizado en la población, incluyendo el personal sanitario y se basa tanto en el miedo al contagio como el rechazo al estilo de vida de los individuos afectados. Como ha señalado Forstein en su análisis del problema, de entre todos los agentes infecciosos que se conocen en la naturaleza, para los que no se dispone de vacuna, el virus del VIH, es probablemente uno de los que mejor se sabe cómo evitar su contagio.

Las creencias de la población general que inspiran estas conductas de rechazo y de miedo no tienen ningún fundamento en los mecanismos de transmisión y la epidemiología de la enfermedad, que están claramente establecidos.

El rechazo a la escolarización de un niño portador del VIH, son reflejo de actitudes, que las campañas de información y educación sanitaria no han podido modificar. También el rechazo que sufren algunos de estos enfermos en centros sanitarios obedece a los mismos mecanismos psicológicos.

En la mayoría de los casos, la principal preocupación es el miedo a una muerte cercana e inevitable tras un curso doloroso de la enfermedad. Además, se añaden preocupaciones en torno a la pérdida del apoyo y del afecto de familiares y amigos, a las alteraciones que en su aspecto externo produce la enfermedad y la pérdida de las facultades mentales.

Temen llegar a ser una carga pesada en su entorno, estas respuestas emocionales se observan también en enfermos con cáncer o en aquellos que han sufrido quemaduras extensas. Sin embargo, por la multitud de factores concurrentes en el enfermo con SIDA, la intensidad del malestar emocional es significativamente más grave.

Otra circunstancia que produce un estrés emocional particularmente intenso en esos pacientes es el miedo a haber contagiado a otra persona en el pasado, hecho que puede desencadenar intensos sentimientos de culpa.

Son, por tanto, muchas de las circunstancias estresantes que concurren en los pacientes con infección por VIH y que pueden llegar a afectar áreas muy dispares del funcionamiento del individuo, tales como las relaciones de pareja, su funcionamiento social y laboral, su autoestima, sus relaciones familiares y su estado de ánimo¹⁹.

Eduardo García Campa, "argumenta que los problemas psicosociales a que debe enfrentarse el enfermo de SIDA, son numerosos y muy diversos. De forma que casi constante, aparecen sentimientos de soledad, miedo y rabia que a veces se expresan en forma de agresividad contra el entorno.

La frustración que genera la enfermedad en ocasiones les crea dificultades en la relación con el personal sanitario, de forma escalonada y progresiva van incrementándose el aislamiento social, las dificultades laborales y los problemas de relación interpersonal y sexual²⁰.

Para J.L. Ayuso Mateos, "Si bien en los últimos años, se viene observando un aumento de la tolerancia de la sociedad, la infección por VIH puede suponer para muchos de los afectados la pérdida de empleo o un freno en su carrera profesional, incluso cuando es bien sabido que pueden permanecer en estadios asintomáticos durante un periodo muy prolongado de tiempo.

También puede suponer una limitación importante en el acceso a la asistencia sanitaria, y a su calidad. En la evaluación de todo paciente con infección por VIH, se deben valorar esos factores haciendo especial hincapié en el impacto que sobre la esfera de funcionamiento laboral ha tenido o pudiera tener el conocimiento de la seropositividad.

Además, la existencia de una innegable estigmatización en la sociedad es uno de los aspectos a tener más en cuenta a la hora de comprender la necesidad de mantener la confidencialidad más absoluta sobre estos aspectos.

Los trastornos adaptativos son aquellos cuadros caracterizados por una respuesta mórbida (por su duración excesiva en el tiempo o por su intensidad, o por ambas cosas) al diagnóstico de la infección por VIH. Su aparición está condicionada por varios factores, entre los que destacan:

¹⁹ J L Ayuso Mateos, MC Graw-Hill, Trastornos Neuro-psiquiátricos del SIDA, Interamericana, España. Primera Edición 1997, pag 1-2, 20-21.

²⁰ Eduardo García Camba, Psiquiatría y Sida, Editorial Masson, S.A. 1998, pag 31.

Respuestas de afrontamiento ante la enfermedad.

Antecedentes de trastornos psiquiátricos.

Actitud hacia el sujeto de su entorno familiar, social y laboral.

Disponibilidad de dispositivos de apoyo y de asesoramiento.

El cuadro clínico de los trastornos de adaptación puede estar presidido por la depresión, ansiedad, las quejas somáticas o las alteraciones de conducta, y puede tener una duración variable. Es ésta una de las entidades clínicas de presentación más frecuentes entre los sujetos seropositivos remitidos a evaluación psiquiátrica.

Existen diversos momentos, a lo largo de la evolución de la enfermedad, en los que se puede observar estas relaciones de adaptación; en particular, tras el conocimiento de la seropositividad, tras la notificación de alteraciones en el estado del enfermo que indican la progresión de la enfermedad o tras la notificación de cambios en la planificación del tratamiento por una evolución desfavorable²¹.

Para Salvador Martínez, "lo normal para tratar al SIDA, en su fase terminal, dentro de un abordaje global de las fases terminales de cualquier enfermedad que las incluya, el impacto social y emocional que ha provocado este síndrome y la edad y las pautas de comportamiento de muchos de sus afectados justifican una reflexión particular.

El SIDA se ha asociado a la homosexualidad y drogodependencia, cuando de todos es sabido que uno no se infecta de VIH, por ser homosexual o por ser drogodependiente, ni siquiera por tener prácticas homosexuales o consumir sustancias estupefacientes, sino simple y llanamente, por realizar prácticas de riesgo como mantener relaciones sexuales sin utilizar medidas de prevención o por compartir jeringas infectadas.

Identificar SIDA y muerte, atribuir a los mismos seropositivos a la condición simbólica de apesados, espectros o condenados, ha generado en muchos de ellos actitudes aislacionistas y de tinte depresivo que no correspondían en absoluto con la propia situación biológica²².

Para Arnoldo Kraus, "En el contexto de las enfermedades como mal social, las epidemias, enfermedades con capacidad de diseminarse con rapidez, que en ocasiones provocan alta mortalidad, son materia obligada de reflexión. No en balde Rudolf Virchow escribió. (Si la enfermedad es una expresión de la vida del individuo en condiciones no favorables las epidemias deber ser indicadores de alteraciones en los grupos humanos y en la vida de las masas). Virchow fue patólogo y politólogo, ambas profesiones le permitían atisbar

²¹ J L Ayuso Mateos, MC Graw-Hill, Trastornos Neuro-psiquiátricos del SIDA, Interamericana de España, Primera Edición 1997, pag 34-36.

²² Salvador Urraca Martínez, Eutanasia Hoy, un debate abierto Editorial Noesis. S.L., Madrid 1996. Colecciones Humanidades Médicas, pag 94.

los efectos nocivos de las enfermedades: el mal que destruye la célula y la sociedad que destruye al hombre.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida, SIDA, ha sido la enfermedad que más huellas ha dejado, no sólo por su capacidad de matar o por su alarmante diseminación, sino por sus connotaciones morales.

En muchos aspectos, el sida ha sido un tema espinoso en el dialogo entre sociedad y médicos, la forma de morir que la enfermedad acarrea ha fomentado también el debate sobre la eutanasia, la devastación que produce el sida es inconmensurable, destruye por igual órganos y alma, la marginación y la estigmatización orillan a muchos enfermos con sida a recurrir a la eutanasia²³.

Para la asistencia del paciente con VIH y su familia, se han desarrollado alternativas comunitarias, cuyo objetivo es tratar de promover y apoyar, el fallecimiento paciente en su casa, como alternativa sería el hospital, para que en este periodo le ofrezcan al paciente confortabilidad, dignidad, alivio, consuelo, respeto.

Se pretende que con todo ello si se llega a tomar la decisión de la eutanasia, el paciente en lo que se prepara viva sus últimos días con el menor sufrimiento, posible, aceptando una muerte tranquila y serena, tanto él como sus familiares y amigos.

3.7 Cáncer.

Emma Barthe, "Nos señala que actualmente, en nuestra sociedad, el cáncer es la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares.

Mentir al paciente puede resultar fácil y cómodo para todos aquellos que le rodean, ya sean profesionales, familiares o amigos, pero estoy absolutamente convencida de que a pesar de la mentira, el paciente, consiente o inconscientemente, intuye o sabe lo que tiene.

No debemos olvidar que con posterioridad al diagnóstico de cáncer habitualmente se inicia un período de duro tratamiento, de pruebas y chequeos permanentes que le demuestran, sin lugar a dudas y a partir de su diagnóstico, que está enfrentando a algo, posiblemente más serio de lo que los demás pretenden hacerle creer.

Por más que se le intente negar su enfermedad, el afectado vive como un enfermo al que por temor a su reacción se le está negando el derecho a saber a qué se está enfrentando y, lo que es más importante, el saber de que modo puede él, como paciente, contribuir a mejorar su situación.

Ocultar la verdad y hacerle creer a un paciente de cáncer que a pesar del tratamiento, de los efectos secundarios, de sus sospechas y de los casi siempre perceptibles estados de preocupación, por parte de los familiares más allegados, no padece nada serio, puede ser

²³ Arnoldo Kraus, Asunción Alvarez, La Eutanasia, Tercer Milenio, Primera Edición 1998. pag 36.

una manera de proporcionar positividad a la situación y evitar muchas de las reacciones negativas, que habitualmente se originan al conocer un diagnóstico de cáncer; pero, si la enfermedad evoluciona, sigue su curso y el paciente empeora, la situación puede volverse mucho más difícil de soportar y hacer desproporcionados los miedos del enfermo y las dudas sobre su, siempre posible, recuperación.

No olvidemos que la capacidad de reacción ante los acontecimientos depende en gran parte de un proceso de aprendizaje.

No toda la gente que recibe un diagnóstico de cáncer reacciona de la misma manera, y por la misma reacción, el modo en que una persona reaccione ante el diagnóstico de una enfermedad que se supone invencible dependerá también, en cierta manera, de las pautas de reacción adquiridas a lo largo de su vida.

Es sumamente conveniente la existencia de una buena comunicación entre paciente y médico para que este último sea capaz de averiguar a través del diálogo con el enfermo cual es la cantidad de información que éste puede tolerar²⁴.

Respecto a la evaluación psicológica del paciente con cáncer, J. Estape "nos dice que, el paciente con cáncer, presenta una respuesta emocional característica sobre todo en los momentos críticos, como el diagnóstico, al inicio del tratamiento y en la eventual recaída o progresión de la enfermedad, ante el shock inicial existe una etapa de negación o incredulidad, que contribuye a atender el impacto, seguida de sentimientos de ansiedad, depresión, preocupación por las complicaciones de la enfermedad y el futuro, alteración del apetito y del sueño, dificultad de concentración y de realización de las actividades de la vida cotidiana.

El médico debe valorar cuidadosamente los factores de riesgo psicológicos, médicos y sociales de inadaptación a la enfermedad, entre los primeros destacan las experiencias negativas previas ante situaciones personales traumáticas, reacciones ante el cáncer en familiares o amigos²⁵.

Para I. Burgos Pérez, "La posición que ocupa en la medicina el paciente con una enfermedad terminal constituye una especie de ángulo o puerta que separa dos vertientes o dimensiones de la labor médica: el curar, como el restablecimiento de la normalidad fisiológica del paciente y el cuidar, como una actividad encaminada a dotar al paciente del mayor grado de funcionalidad y satisfacción posible, aun a pesar de la persistencia y la progresión de la enfermedad.

Si bien ambas actividades dan respuesta a los problemas planteados de forma ininterrumpida por la enfermedad en su evolución natural, no es cierto que en la conciencia y en la creencia del médico de hoy son contemplados como labores de distinto significado.

²⁴ Emma Barthe, Cáncer, Enfrentarse al Reto, Ediciones Robinbook, S.L. 1997, pag 33-35.

²⁵ J. Estape, I. Burgos Pérez, Medicina General y Cáncer, Manual Clínico, Ediciones Doyma S.A. 1991, pag 117.

Acostumbrado a que el gran desarrollo de los conocimientos fisiopatológicos y de los medios técnicos, diagnósticos y terapéuticos, le proporcione un campo seguro de acción, en el que se considera responsable de la curación en un gran número de trastornos, el médico actual se siente inseguro y en consecuencia, incómodo, ante la fase final de la enfermedad, en la que pese a una inversión del tiempo y la energía quizá mayor en la terapéutica curativa el enfermo se encamina de forma irreversible hacia la muerte.

Cuando la enfermedad es progresiva, porque las terapias conocidas resultan ineficaces para controlarla, hay que pasar del sistema curativo al sistema de cuidados, de tratar a la enfermedad a tratar al paciente. Ambos tipos de medicina (la curativa y la paliativa) no deben ubicarse en compartimentos estancos, sino que el paso de uno a otro tiene que ser fluido, según indiquen las necesidades del paciente.

Los cuidados terminales constituyen una faceta de la oncología, cuyo propósito es el control de los síntomas en vez del control del tumor. Es necesario conocer cuales son los criterios que definen a una enfermedad como terminal o progresiva, de la oncología se genera el 95 % de los pacientes y debe reunir las siguientes condiciones.

1. Diagnóstico histológico exacto y probado.
2. El paciente tiene que haber recibido la terapéutica estándar eficaz conocida en ese momento para su enfermedad.
3. Debe ser posible predecir, en cierto modo, el momento de la muerte.

Según lo expuesto la enfermedad terminal no es incompatible con períodos de ausencia de síntomas e incluso con expectativas de vida superiores a 6 meses.

Un cáncer avanzado y un cáncer terminal no son términos sinónimos. Confundirlos es un gran error, un paciente en situación terminal tiene una expectativa de vida corta y los tratamientos heroicos de la neoplasia no están indicados.

En cambio un enfermo con un cáncer avanzado tiene pocas posibilidades de curación, pero todavía es capaz, potencialmente, de responder a maniobras terapéuticas, que previamente no hayan sido aplicadas y que le darán una calidad de vida y una prolongación de la supervivencia si son eficaces.

Todo paciente que acude al médico porque sospecha que padece cáncer es un enfermo angustiado, esa angustia la enmascara, a veces, con una aparente seguridad en sí mismo, quiere saber su diagnóstico, dice, y se siente seguro de ello. Pero, debajo de esa actitud, se suele esconder un gran terror a que le confirmen su sospecha".

La actitud del médico y del personal auxiliar debe ser serena y estimulante, sobre todo estimulante, ya que las exploraciones que se sucederán son complicadas, muchas traumáticas y, además, irán confirmando al paciente su sospecha de que padece una enfermedad grave.

Durante este periodo el médico debe mezclar sus actitudes, de tal modo que el paciente sea consciente de la necesidad del proceso que se lleva a cabo pero que, por otra parte, no huya, no retarde de nuevo, el retraso en el diagnóstico ante el médico invencible que, a veces, siente ante determinadas exploraciones.

“Constituye un error remitir al paciente a exploraciones crueles sin una advertencia, sin ninguna explicación. El médico tiene la obligación de exponer los detalles fundamentales de las exploraciones que se sucederán, sobre todo de las dolorosas, no es lícito remitirle sin más la práctica de una linfografía o de un mieloma.

Por el contrario, el paciente avisado (siempre y cuando se mezcle la explicación de los inconvenientes con la de la utilidad para el diagnóstico) es un buen candidato a soportar las pruebas desagradables, mientras que el paciente que de sopetón se encuentra ante el bisturí o la punción es una persona hipersensible y no colaboradora, siempre se deben explicar, pues, las exploraciones a los pacientes”²⁶.

Para Cary L. Cooper, “Kissen ha argumentado que los acontecimientos adversos de la vida y la pérdida de un motivo de amor pueden conducir al cáncer por los mecanismos psicológicos de desaliento, depresión y desesperanza, él sugiere que las adversas situaciones de la vida, en un individuo con pobres salidas emocionales, y por consiguiente, con capacidad disminuida para sublimar efectivamente o disipar una situación emocional, probablemente llevarán efectos tales como depresión, desaliento y desesperanza.

También es posible que las situaciones adversas en la vida puedan precipitar directamente tales efectos, cualquiera que sea su personalidad, pero debe concederse que su manifestación es más probable en aquellos que tiene peores salidas emocionales.

Uno de los errores más comunes de los primeros estudios de la depresión en los pacientes de cáncer consistía en documentar las depresiones en aquellos enfermos para los que se había necesitado atención psiquiátrica, tales pacientes constituyen una muestra sesgada, y no deberían ser considerados como representativos de los enfermos de cáncer en su totalidad.

La distinción entre una depresión psicológica y un estado de malestar parecido a la depresión, es importante.

Ello acentúa la necesidad de usar métodos de amplia base, para valorar la depresión y/o malestar cuando se realiza la investigación o valoración clínica en enfermos de cáncer, si se registran solamente depresiones con proporciones clínicas o se usan métodos restringidos a los síntomas puros de depresión, es probable que ciertas contribuciones psicológicas importantes con respecto al riesgo de cáncer, o importantes concomitantes, psicológicas del cáncer, se pasen por alto, o se interpreten mal.

²⁶ J. Estape, I. Burgos Pérez, Medicina General y Cáncer, Manual Clínico, Ediciones Doyma S.A. 1991, pag 173.

Los estudios de los efectos del estrés sobre el cáncer en los seres humanos recibieron ímpetu a partir de las primeras exploraciones en relación con la influencia de las pérdidas psicosociales sobre el cáncer (LeShan y Worthington, 1956), Leshan 1959 llegó a la conclusión que la pérdida de una relación emocional mayor, antes de la aparición de los primeros síntomas de cáncer, es uno de los más consistentemente señalados, como contribuyente psicológico, al riesgo del cáncer²⁷.

3.8 Otras enfermedades semejantes.

Para Willian Boyd, "No es posible, en pocas palabras, definir el concepto de tumor, ya que ello implicaría dejar a un lado muchos aspectos importantes del mismo. Con todo, puede decirse, en forma general, que todo tumor o neoplasia consiste en un crecimiento localizado de células nuevas que proliferan sin control y que no desempeñan función útil.

Es fácil dividir los tumores en dos grandes grupos: los benignos o inocentes y los malignos. En los casos típicos que han evolucionado totalmente, la distinción puede efectuarse a simple vista, existen desafortunadamente, formas intermedias en las cuales la diferenciación se torna en extremo difícil, y por otra parte, hay tumores benignos que pueden evolucionar hacia el tipo maligno. Todos los tumores malignos se engloban bajo la denominación común de cáncer (cangrejo), por recordar su proceso de crecimiento a garras o pinzas que atenzan los tejidos.

Los tumores malignos epiteliales se llaman carcinomas y sarcomas los del tejido conectivo.

Las características que permiten distinguir los tumores benignos de los malignos son fáciles de enumerar. Sin embargo, la experiencia no enseña a cada instante que existen excepciones a casi todos esos rasgos diferenciales, como entre las más importantes de las muchas atribuciones del patólogo se cuenta precisamente la de diferenciar tumores benignos de los malignos, se deduce que su misión se encuentra erizada de dificultades.

Características de la malignidad; Al pronunciarse sobre el fundamentalismo punto de la malignidad de un tumor, es necesario considerar la histología, o sea el ordenamiento de la células tumorales y sus relaciones con los tejidos normales adyacentes, como la citología, es decir, la naturaleza de sus núcleos y nucleolos.

Infiltración; El tumor maligno infiltra a los tejidos circunvecinos, introduciendo en ellos garras, como el cangrejo, un tumor benigno crece por expansión, como un globo que se infla y suele hallarse separado de los tejidos normales por una cápsula.

Sin embargo, el glioma benigno se confunde imperceptiblemente con los tejidos adyacentes, mientras que el angioma infiltra sin ser necesariamente una neoplasia maligna, a su vez, un tumor maligno puede adoptar, en su estado inicial, apariencias no invasoras, constituyendo el carcinoma "in situ".

²⁷ Cary L. Coopoe, Estrés y Cáncer, Ediciones Díaz de Santos S.A., Primera Edición 1986, pag 28. 46-47.

Recidivas; Este término clínico indica que el tumor ha vuelto a aparecer luego de la extirpación quirúrgica o radioterapia. Esto no quiere significar que se ha originado un nuevo tumor, sino más bien que las células cancerosas han escapado a la injuria y multiplicándose, han formado una nueva masa tumoral.

Las células tumorales pueden mantenerse en reposo durante muchos años, hasta el momento en que reinician su reproducción, lo que comprobaremos al considerar la propagación de los tumores. Además, existe siempre la posibilidad de que se desarrolle un nuevo tumor, como es el caso del cáncer del labio, cuya extirpación total no impide que, al cabo de algunos años, se desarrolle un nuevo tumor en el mismo labio.

Rapidez de crecimiento; Velocidad en el crecimiento es característica de los tumores malignos, si bien existen algunas excepciones, pues las neoplasias de las personas avanzadas en edad crecen lentamente.

Todo caso de tumor benigno cuyo crecimiento se acelera súbitamente debe hacer sospechar la presencia de alteraciones de orden maligno, en especial si se observan numerosas figuras de mitosis, ya que éstas se hallan aumentadas al acelerarse el crecimiento.

El núcleo de célula cancerosa tiende a ser grande e hiperromático, de modo que se tiñe intensamente con hematoxilina y la cromatina se presenta con la apariencia de una tosca red.

Las variaciones de tamaño y forma del núcleo son notables y aún de la misma célula. El nucleolo se presenta aumentado de volumen en comparación con el núcleo, característica importante que puede ser más evidente en cortes por congelación de tejido no fijado o en películas húmedas.

Anaplasia. El tumor maligno no puede reproducir la estructura del tejido en que se origina, mientras que el tumor benigno es capaz de reproducir con toda fidelidad esta falta de diferenciación recibe el nombre de anaplasia, concepto introducido por Hansseman en 1893. Cuando las células no muestran una semejanza con sus vecinas se dice que tiene falta de polaridad.

El grado de malignidad de los tumores depende fundamentalmente de la falta de la diferenciación, completándose el concepto con otros rasgos, como el hiperromatismo y la cantidad de figuras de mitosis²⁸.

3.9 Medicina curativa y paliativa.

El concepto de J. Estape es, "Paliar deriva de la palabra latina pallium que significa mitigar la violencia de ciertas enfermedades crónicas e incurables haciéndolas más llevaderas.

²⁸ Willian Boyd, Tratado de Patología General y Anatomía Patológica, Editorial Bernades, SRL, Segunda edición 1959, pag 257-259.

Cuidar significa asistir; cuidados paliativos es, asistir con intención de hacer más confortable la convivencia del paciente con la enfermedad progresiva.

Las dos clases de medicina, la curativa y la paliativa, no son opuestas, pero sí diferentes y, en ocasiones, complementarias. Paliación puede definirse también como el alivio de síntomas, por lo que un tratamiento paliativo no puede producir más molestias que el propio síntoma que intenta aliviar.

Cuando la enfermedad es progresiva, por que las terapias conocidas resultan ineficaces para controlarla, hay que pasar del sistema curativo al sistema de cuidados, de tratar la enfermedad a tratar al paciente.

Es necesario conocer cuales son los criterios que definen a una enfermedad como terminal o progresiva. De la oncología se genera el 95% de los pacientes y debe reunir las siguientes condiciones:

- a) Diagnóstico histológico exacto y probado.
- b) El paciente tiene que haber recibido la terapéutica estándar eficaz conocida en ese momento para su enfermedad.
- c) Debe ser posible predecir, en cierto modo, el momento de la muerte²⁹.

Arnoldo Kraus, "hace la distinción entre atención paliativa y curativa, que se reduce a que una se dirige a aliviar y otra a curar. Sin embargo, aun sabiendo que un paciente no tiene cura, su tratamiento puede variar mucho según el enfoque del médico, aplicando advertida o inadvertidamente.

Zittoun señala algunos puntos fundamentales en los que se oponen los cuidados paliativos y curativos:

- 1) En los primeros se busca la calidad de vida, mientras que en los segundos, su prolongación.
- 2) Los primeros se derivan de un acercamiento multidisciplinario que da gran importancia al aspecto psicosocial, en tanto que los segundos se apoyan básicamente en los avances de la tecnología médica.
- 3) Los primeros consideran la muerte un desenlace normal de la vida, mientras que los segundos la creen un fracaso.

Es cierto que algunos médicos pretenden obcecadamente curar lo imposible, pero también lo es que no siempre resulta fácil definir cuándo ha llegado el momento de suspender las acciones curativas para emprender las paliativas, esa dificultad podría salvarse si se establecieran a tiempo ciertas condiciones para facilitar la transición.

²⁹ J. Estape, I. Burgos Pérez, Medicina General y Cáncer, Manual Clínico. Ediciones Doyma S.A. 1991.

Por ejemplo, si se reconoce la importancia de atender los aspectos psicosociales en los cuidados paliativos, o bien, si se toma en cuenta que para el paciente un tratamiento paliativo significa el fin de la esperanza de curación. ¿ Como prepararlo para no pasar abruptamente de una información que asegura grandes esperanzas a otra en la que todas han desaparecido?.

Una de las limitaciones de la práctica médica es desconocer las necesidades de los enfermos que van a morir, en otras épocas, la función del médico incluía la atención emocional y espiritual, el doctor familiar era el único que se encargaba del cuidado de sus pacientes, no se requerían diversos especialistas, ocupados de diferentes órganos, interesados más en resolver los enigmas de las disfunciones, que en el enfermo.

Predominaba la relación que permitía atender esas otras experiencias humanas, el dolor, el sufrimiento y la proximidad de la muerte³⁰.

Para Javier Gafo, "Los programas de cuidados paliativos actuales, se dirigen primordialmente a los moribundos de cáncer y sus familias, más recientemente se proporciona a los enfermos de sida y algunos programas atienden a enfermedades neurológicas motoras y a desórdenes neurológicos degenerativos. Todas estas situaciones se caracterizan por la existencia de síntomas físicos en continuo cambio, riesgo incrementado de malestar psicosocial y un período relativamente corto de enfermedad final.

Puede concluirse que los cuidados paliativos constituyen una verdadera disciplina médica que se dirige a pacientes con una diagnosis establecida y pruebas clínicas de que la enfermedad es activa, progresiva y se encuentra en un estado avanzado, por lo que llevará a la muerte en un futuro previsible.

En el Reino Unido se ha dado la siguiente definición de la medicina paliativa como especialidad médica: Es el estudio y trato de pacientes con enfermedad activa, progresiva y avanzada, para la que el pronóstico es limitado y el objetivo del cuidado es la calidad de vida.

El objetivo del cuidado paliativo es el logro de la mejor calidad de vida para los pacientes y sus familias, muchos de los aspectos del cuidado paliativo son también aplicables más pronto en el curso de una enfermedad unida al tratamiento anticanceroso.

Como ya se ha indicado, los cuidados paliativos se dirigen a los enfermos en situación terminal, que viene determinada por los siguientes rasgos:

Se trata de una enfermedad no curable y progresiva.

Sin respuesta a tratamiento específico.

³⁰ Arnoldo Kraus, Asunción Alvarez, La Eutanasia, Tercer Milenio, Primera Edición 1998, pag 28-29.

Tiene frecuentes problemas de origen multifactorial.

Ocasiona un gran impacto emocional sobre el enfermo y familia.

Previsión de muerte a corto plazo: (+- tres meses).

Hasta el final del siglo XIX y comienzos del XX, los médicos apenas sólo podían aliviar "paliar", tenían muy pocas posibilidades de curar: no poseían antibióticos y su habilidad se canalizaba fundamentalmente en una línea paliativa.

Con anterioridad a la aparición de sulfamidas y, sobre todo, de los antibióticos, la atención paliativa era la normal, lo que describía toda la praxis médica (Palliation was the norm, be description of all medical practice).

Posteriormente sobrevienen los grandes avances en la anestesia y la cirugía, los antibióticos, la radiología, la medicina nuclear, la inmunología, la radioterapia, la quimioterapia. Todos aquellos son logros apenas imaginables antes de 1950.

Esto ha originado un cambio substancial en el rol del médico que, de forma imperceptible, deja de ser fundamentalmente un paliativista para pretender curar todo, los médicos se ven primariamente a sí mismos como diagnosticadores y terapeutas y se conciben los hospitales como centros para la investigación, el tratamiento y la temprana descarga de los enfermos hacia sus propias casas.

Por otra parte, a los médicos durante sus estudios en la Universidad no se les había enseñado prácticamente nada sobre lo que deben hacer con un enfermo no incurable, se les instruía acerca de cómo salvar vidas, por lo que han tendido a considerar la muerte de un paciente como un fracaso profesional.

Todo ello ha originado que los que no pueden ser curados o, al menos, llevados a un estado de mejora, se sientan peor recibidos y menos merecedores de los grandes gastos de la institución hospitalaria. Se concede una mínima prioridad a los moribundos y no se considera a la muerte como un acontecimiento de la vida, sino como un fracaso.

Debe afirmarse que todo este proceso de cambio no es sólo culpa de los médicos. También debe aludirse a las modificaciones sutiles, inaparentes durante tiempo, pero sumamente significativas en el campo de la educación, se ha desarrollado un creciente descrédito hacia temas, calificados como softer, tales como las habilidades de comunicación, la ética, los aspectos psicológicos, todas estas dimensiones han recibido un escaso relieve o han sido sencillamente omitidas, como consecuencia del gran énfasis prestado a los aspectos estrictamente científicos en la preparación de los médicos.

La ciencia y la compasión no son antagonistas, sino que pueden conciliarse, este es el punto de arranque de los hospicios y de los cuidados paliativos, dirigidos a los enfermos terminales, centrados en el paciente, al mismo tiempo que dotados de rigor científico.

De esa forma surge la convicción de que la aproximación al enfermo debe ser holística, complexiva, que tenga en cuenta todas sus implicaciones personales y no se refiera exclusivamente a su dimensión orgánica. Más aún, se percibe que debe darse ese cuidado no sólo a moribundos, sino desde el momento en que se constata, como soñan decir los viejos relojes de sol, que el tiempo es breve.

La filosofía de los cuidados paliativos puede plantearse como un triángulo, cuyos vértices se encuentra los tres grandes protagonistas: el enfermo, su familia y el equipo sanitario que presta la atención.

La aproximación al paciente debe realizarse desde la consideración de los factores emocionales, físicos, sociales y espirituales implicados; En esa perspectiva complexiva y holística se inscribe el concepto de dolor total, propuesto por Cecily Saunders.

El objetivo de los cuidados paliativos es el siguiente:

Control prioritario de los síntomas, se trata de la vertiente orgánica.

Apoyo psicológico, es la segunda vertiente humanista, que implica tener en cuenta los factores emocionales, sociales, familiares y espirituales implicados y que incluye conceptos de calidad de vida, atención integral, muerte digna. Se pretende mantener la calidad de vida, sin anteponer ni posponer la muerte.

Un elemento esencial en el énfasis en el tratamiento del dolor, mediante la colaboración de todas las personas implicadas, por ese camino se crea una conciencia de que se podía así mejorar la situación de los moribundos en los hospitales generales y ser llevados a sus casas con atención doméstica, algo que antes parecía imposible. Por supuesto, se trata del dolor total de Saunders, que conlleva la consideración de los aspectos físicos, psíquicos, sociales y espirituales implicados³¹.

³¹ Javier Gafo, Eutanasia y ayuda al suicidio, Editorial Paulinas, Madrid 1990, pag 108-113.

CAPITULO III. RAZONES CULTURALES

4.1 Aspectos sociales.

Para Jesús Canto Ortiz, "La Influencia Social; es la reproducción de las normas sociales a través de la imitación, la construcción social de la persona a través de la sugestión, que posibilitaba la imposición no consciente de los mecanismos y contenidos impuestos de las construcciones sociales, así como la conducta colectiva que produce una transformación en el comportamiento individual en base a la influencia que las masas producen en el individuo, han constituido algunas de las bases que han servido para el desarrollo de la psicología social a través de la investigación de los procesos de la influencia.

El hombre crea y se adapta a la sociedad, sin expresar una clara conciencia de cómo ha sido el proceso de socialización, reproduciendo y reconstruyendo, adaptándose y cambiando las normas sociales que rigen el comportamiento.

Se ha entendido por influencia tanto la capacidad de un individuo de modificar el comportamiento de otro (s) sin recurrir a la fuerza, como el cambio de comportamiento que se observa en un individuo cuando interactúa con otro u otros individuos o con el grupo en su totalidad.

Los procesos de influencia social pueden ser definidos como regidores de las modificaciones de todo tipo de respuestas (percepciones, juicios, opiniones, comportamientos, etc), observables en el individuo, cambios de respuestas originadas por el conocimiento de las respuestas (percepciones, juicios, opiniones, comportamientos), de otro (s) individuo (s).

Los fenómenos de influencia se refieren a los procesos a través de los cuales durante las interacciones sociales directas o simbólicas los individuos y los grupos forman, difunden y modifican sus modos de pensamiento y de acción.

Doise (1982), afirma que los procesos de influencia social pueden ser definidos, en su aceptación más específica, como los que gobiernan las modificaciones de las percepciones, juicios, opiniones, actitudes o comportamientos de un individuo provocadas por su conocimiento de las percepciones, juicios, opiniones etc., de otros individuos.

En la gran mayoría de los casos, siempre que se produce un proceso de influencia social, se puede observar la presencia de un individuo o grupo que trata de convencer a otro (s) para lograr la aceptación de sus ideas o comportamientos.

Kelman (1972), asume que la influencia social tiene lugar cuando una persona cambia su conducta (creencias, actitudes, y/o conducta manifiesta) como resultado de la inducción de alguna otra persona o grupo. La inducción puede ser deliberada o intencional (como en la persuasión y en la obediencia), puede ser también no intencional en varios grados(como cuando un agente de influencia sirve de modelo.

Moscovici (1975), menciona que el proceso de influencia contribuye a estructurar el campo social y a asegurar la invariabilidad del comportamiento del campo de aquél.

El estudio de éstos implica el pasar de una psicología individualista, a aquella que contempla las situaciones sociales como parte fundamental de la conducta del individuo.

Entre las funciones que desempeña la influencia social se encuentran, la formación de normas, la socialización del individuo, el control social, entre otras.

Estas funciones llevan a los individuos, cuando son colocados en situaciones aisladas, a reproducir en gran parte la norma común, investigando y previniendo el comportamiento de los demás, con el fin de mantener su identidad.

Modalidades de la influencia; La actividad de demostrar y de intentar modificar la conducta de por lo menos una persona mediante interacción simbólica, es una actividad que consiente y se produce cuando se registra una amenaza contra los objetivos de una persona y cuando la fuente y el grado de esta amenaza son suficientemente importantes como para justificar el coste del esfuerzo que entraña la persuasión.

Según Moscovici (1985), la normalización, como proceso de influencia, tiende hacia la evitación de los conflictos a través de la vía de compromisos entre los individuos que mantienen opiniones divergentes, con el propósito de establecer una norma común.

Cuando un grupo o individuo observa una situación u objeto, ambiguo o no, y establece un juicio sobre el mismo y descubre que otros individuos o grupos no comparten su juicio, manteniendo otros diferentes, se origina un conflicto provocado por la evidencia del desacuerdo. Para liberarse de esta situación un tanto ansiógena, los sujetos intentarán reducir su desacuerdo y atenuarán sus efectos a través de un consenso satisfactorio a todos.

Definición de conformidad:

Existe en psicología social un modelo que reduce los fenómenos de influencia social a fenómenos de conformidad, esto es, al hecho de que una persona modifique sus sentimientos, opiniones y conductas en dirección a la oposición mantenida por el grupo mayoritario, como resultado de la presión física o simbólica ejercida por un líder del grupo o por el propio grupo.

El proceso de influencia implica que los actos de aquellos que siguen la norma son funcionales y adaptativos, mientras los que se apartan de la norma o van contra ella son considerados como disfuncionales y no adaptativos.

Definición de innovación:

Si se considera a la innovación como un proceso de influencia social que tiene como fuente a una minoría (carente de poder), que intenta introducir o crear nuevas ideas, nuevos modos de pensamiento, o bien modificar los ya existentes, esto es, que tiene como objetivo el cambio social y no el control social.

Definición de obediencia:

A ser la obediencia un proceso de influencia producido por la presión social de la autoridad, ha aparecido constantemente ligada a la conformidad, ya que ésta se produce por la presión social de las mayorías, siendo consideradas ambas modalidades de influencia como formas externas de control social.

La obediencia se produce cuando un individuo o grupo modifica su comportamiento a fin de someterse a las órdenes directas de la autoridad.

Cambio de actitud:

En el cambio de actitud la comunicación de la fuente es argumentada con el propósito de ser persuasiva, excluyendo las situaciones de discusión en grupo y aquellas en las que el receptor sólo es informado de la posición de una o varias personas.

Para Rodríguez (1989) los tres componentes de la actitud afirmando que son: Un conjunto organizado de convicciones o creencias, que predispone favorable o desfavorablemente, a actuar respecto a un objeto social.

Dos son los aspectos que se derivan de tal concepción de la actitud, su carácter multidimensional y la influencia sobre la conducta¹.

4.2 Aspectos morales.

La personalidad moral de cada uno de los integrantes de la sociedad se forma en primer lugar en el seno de la familia, a medida que el avance de la industrialización y de la comercialización alejan más a la sociedad de los valores humanos y se cae exclusivamente en el bienestar material, se hace más urgente la necesidad de reflexionar concienzudamente acerca de la realidad, que vivimos y sobre la atención e importancia que le debemos dar al tema trascendental de la eutanasia.

José Buendía, "sostiene que en el tema de la eutanasia surge una controversia inmediata sobre la cantidad/ calidad de vida y sobre cantidad/ calidad de tratamiento, que se deberá de dilucidar y tomar decisiones no exentas de polémica.

El respeto a la vida queda superado por el respeto a la persona que quiere morir con dignidad. No es la duración de la vida lo que importa, sino su calidad.

La cantidad de vida en los estadios irreversibles terminales no debería ser un límite de la profesión médica, ya que prolongar artificialmente el proceso del morir, genera habitualmente, mayor sufrimiento en los enfermos y en su familia.

Lo natural puede tomarse en un proceso artificial inaceptable, se está de acuerdo generalmente en no intervenir, si no existe una esperanza razonable de curación, y

¹ Jesús M. Canto Ortiz, Psicología social e influencia, Ediciones Ajibe 1994, pag 19, 26.34.

limitarse a los cuidados que permiten que el enfermo muera decentemente. Pero se duda en retirar a los pacientes los medios de supervivencia, porque se tiene la impresión de matarlos.

El morir presenta múltiples modalidades cuya calidad es, asimismo, variable: hospitalaria, domiciliaria, lenta, rápida, consiente, inconsciente, que modulan tanto las etapas psicológicas como las actitudes de los pacientes, de los profesionales y de la familia. La calidad de vida/ calidad de muerte de los pacientes debería ser evaluada por los mismos enfermos y no sólo por los sanitarios o la familia.

La calidad en el morir ésta en relación directa con la información, la comunicación, la atención y la preparación profesional y humana que el paciente percibe. Pero ello puede suceder en enfermos crónicos aunque es casi imposible en situaciones agudas irreversibles, el protagonista principal debe ser el enfermo y la familia para que pueda participar activamente en la toma de decisiones y en el afrontamiento de los procesos terminales”

La calidad de vida y la dignidad en el proceso del morir se fundamentan en el diálogo y en una información adecuada, oportuna y en el momento justo, una información congruente sobre la enfermedad y los posibles tratamientos produce en los enfermos mayor satisfacción, mejor control de la enfermedad, restaura la autoestima y provoca superior cooperación.

La toma de decisiones requiere información previa veraz, adulta, proporcional a la situación y sin quitar la esperanza.

“La calidad en el morir está condicionada por variables tan dispares como la edad, las creencias, los roles sociales y las actitudes ante el dolor-sufrimiento, además, existen como factores sociales que incitan al bienestar, consumo y comodidad que chocan frontalmente con el proceso del morir, que implica malestar, dolor y desgarró.

Dentro de la calidad en el morir existe un continuo en cuyos polos se encuentran la excelencia y la vulgaridad. Los criterios evaluativos del paciente y de la familia son, sin duda, de índole personal en función de la percepción individual y subjetiva de unas condiciones objetivas.

Dentro de estos criterios de calidad de vida-muerte se hallan los niveles de satisfacción y bienestar físico- mental en función de que las necesidades y los deseos se satisfagan dentro de un marco referencial concreto.

La muerte saludable y digna se relaciona con la vida saludable, sucede que cuando el morir es apropiado y la interacción del paciente con la familia y los sanitarios es de mutua confianza, existe control del dolor y no hay excesivo intervencionismo exterior.

Conviene tener en cuenta las categorías en la calidad de vida, disminuida, mínima y bajo mínimos.

La que mayores problemas eutanásicos comporta es la calidad de vida mínima y la que puede crear conflictos si el paciente es competente y renuncia deliberadamente a los tratamientos de mantenimiento.

En el caso de los pacientes bajo mínimos deberían estudiarse los testamentos vitales o los deseos que el paciente haya manifestado anteriormente.

En todo caso, la consideración de la calidad de vida de los pacientes debe tenerse en cuenta a la hora de tomar decisiones beneficiosas para el enfermo. Pero se debe considerar otros aspectos personales, éticos, médicos y sociales, todo ello comportará un incremento del estrés en los profesionales de la salud.

Situaciones concretas en las que la calidad de vida puede ser un factor decisivo, como lo es indudablemente en aquellas situaciones en las que la calidad de vida puede ser considerada bajo mínimos, pero es mucho más discutible en los estados irreversibles de calidad de vida mínima, en estos estados, el paciente competente es quien únicamente podría tomar decisiones de renuncia a un tratamiento.

La calidad de vida también es un factor decisivo en aquellas situaciones en las que el único objetivo médico alcanzable, es el mantenimiento de una vida biológica no personal.

Por otra parte, en las situaciones en las que el mantenimiento de una vida humana personal no sea totalmente imposible, pero sí extremadamente improbable, se deberá tomar en consideración la calidad de vida junto con otros factores médicos y socioeconómicos, así como la voluntad expresada por el propio paciente.

La calidad de vida puede ser tomada en cuenta cuando las preferencias del paciente no son y no pueden ser conocidas, y será tanto más influyente en las decisiones médicas cuanto más discutibles sean las indicaciones terapéuticas, o cuanto menos favorable sea el balance de sus beneficios y cargas.

Los juicios sobre la calidad de vida son siempre relativos a un marco de referencia, la calidad de una vida se evalúa según la medida en que se satisfacen las expectativas y las finalidades reconocidas.

Cuando se trate de pacientes incompetentes que no hayan dejado constancia de sus preferencias, se deberá consultar a las personas que puedan actuar como sustitutos legales, y se procurará tomar una decisión de mutuo acuerdo, si tal acuerdo no es posible, se podrá recurrir a los mecanismos habituales de toma de decisiones.

Se tendrá en cuenta, además, que un médico no está obligado a tomar decisiones que sean médicamente inútiles, que estén contraindicadas o que vayan en contra de su propia conciencia.

De este modo, cuando no estén presentes todas las anteriores condiciones, la calidad de vida no deberá ser el factor decisivo en la toma de decisiones; aunque si pueda tenerse en cuenta. Más aún, cuando todas estas condiciones no estén satisfechas, las decisiones

que se tomen invocando la calidad de vida serán sospechosas de contener perjuicios valorativos.

Aunque se pretendiera realizar juicios objetivos, podrían subsistir diferencias muy grandes en torno a lo que constituye una calidad de vida aceptable. Además, los juicios sobre la calidad de vida de las personas, biológica o socialmente desfavorecidas, suelen ser tendenciosos y estar basados en el desconocimiento de lo que esas personas realmente sienten. Se correría así el riesgo de que todo tipo de personas socialmente inaceptables, cayeran dentro de la categoría de personas que viven una vida de baja y no fueran consideradas dignas de atención y de cuidados médicos completos.

La calidad de vida debería entenderse no solamente a nivel teórico, sino asimismo empírico, desde una perspectiva multidimensional y en ella, por lo que se refiere a la enfermedad crónica, deberían tenerse en cuenta, al menos, cuatro dimensiones o factores en los que se encuentra representada la familia y/o la pareja: la petición de ayuda económica a la familia para resolver los problemas de salud, satisfacción sexual, reconocimiento de que la pareja rehuye y las pérdidas relacionadas con la vida sexual.

Estos factores parecen ser independientes entre sí y representan, además, una fuente de diferenciación entre enfermos crónicos adultos y adultos no-enfermos.

Factores en los que se apele a la familia, aparecen como dimensiones en el estudio del afrontamiento (rememoración de afrontamiento y afrontamiento actual). En ambos casos aparece un factor de rechazo e inculpación a la familia, aunque la entidad del factor es distinta en la rememoración del afrontamiento y en el afrontamiento actual, lo que se recuerda al tomar conciencia de la enfermedad es que ese rechazo estaba conectado con factores de rencor, tensión, ansiedad social y falta de control de impulsividad. Pasado el tiempo, en la actualidad, el primitivo factor de afrontamiento se descompone en dos: uno de ocultación de información y otro de inculpación a la familia.

En ambos casos parece que los principales codeterminantes son la ansiedad y la rigidez-dogmatismo de los enfermos, en distintos niveles de consolidación (básico e intermedio).

De todos los grupos de enfermos estudiados, los diabéticos son los que tienden a generar mayor distribución de inculpación a la familia, seguidos de los enfermos de cáncer.

Por lo que se refiere a la vida sexual autoinformada, diálisis y cáncer son los que confiesan un mayor deterioro (respecto a los no-enfermos), mientras que hipertensos y diabéticos aparecen como más satisfechos incluso que el grupo de no-enfermos. En ningún caso se atribuyen los problemas sexuales a la existencia de problemas psicológicos de uno u otro miembro de la pareja.

Por lo que se refiere a las pérdidas debidas a la enfermedad, el panorama que se ha obtenido es que los no enfermos informan de una menor satisfacción, de mayores pérdidas sentidas que los distintos grupos de enfermos estudiados en distintos grupos de actividades, entre las que se encuentran las actividades extrafamiliares (salir con amigos

al margen de la familia y que bien puede interpretarse como restricción sentida de libertad individual y de intimidad) , visitas y viajes en vacaciones”².

Para Salvador Martínez Urraca, “nos dice que en una sociedad pluralista como la occidental, en la que no existe uniformidad en los presupuestos y los valores éticos, se ha propuesto la convivencia de tolerar todo tipo de prácticas asumidas voluntariamente con el único requisito de que no perjudiquen a terceras personas (Engelhardt 1989).

En el tema que nos ocupa, los ciudadanos tendrían el derecho de establecer individualmente la calidad de vida que quieran o no quieran vivir. Y a solicitar para ello la asistencia que, también voluntariamente, alguien esté dispuesto a ofrecerles.

Un argumento que frecuentemente se opone a la anterior manera de razonar es el llamado de la pendiente resbaladiza, consiste en afirmar que la tolerancia de ciertos actos dudosos o discutibles, desemboca fácilmente en prácticas claramente inaceptables.

El argumento suele asumir dos formas distintas, pensar que las vías que se abren en la práctica pueden utilizarse para realizar otros actos más claramente inaceptables.

Pensar que las razones que se admiten en defensa de un proceder discutible pueden servir también para legitimar casos no permisibles.

La validez de los argumentos de pendiente resbaladiza en las decisiones sobre los enfermos terminales es una incógnita, que en la actualidad no está resuelta, y continúan sin poder contestarse adecuadamente las siguientes preguntas:

Puede legitimarse una práctica de una forma que permita los actos más aceptables, y que al mismo tiempo excluya la posibilidad de abuso o extensión indebida de esa práctica.

Podemos permitirnos un ensayo de despenalización y conservar la seguridad de que, si surgen abusos, será siempre posible volver a la situación legislativa previa.

Pero aunque estos interrogantes persistan, podemos afirmar que la calidad de vida es una consideración relevante en numerosas situaciones clínicas.

Deja de tener en cuenta la calidad de vida de los enfermos sería tanto como olvidar cuales son los auténticos objetivos de una medicina verdaderamente humana”³.

Arnoldo Kraus, “comenta la definición de Norbert Elias; En cierta medida, el ser sano implica algún grado de inconciencia, no sabemos del cuerpo hasta que algún desajuste no recuerda su existencia. Salud e inconciencia corporal son atributos cuya pérdida presupone la abertura para la reflexión interna.

² José Buendía, Familia y Psicología de la salud, Ediciones Pirámide, 1999, pag175-177.

³ Salvador Martínez Urraca, Eutanasia Hoy, Un debate abierto, Editorial Noesis, Colecciones Humanidades médicas, Madrid 1996, pag 367.

En la sociedad occidental casi siempre se condena al paciente terminal al silencio y al confinamiento, y se le trata con máscaras e incluso mentiras.

Las enfermedades sobre todo las crónicas, las que merman el placer del vivir, suelen ser fuente de cavilación. Se piensa más cuando se padece, pues la idea de la muerte puede alumbrar la existencia, sin embargo, las ideas anteriores no siempre son ciertas. Hay quienes huyen del mal, pues la idea de invulnerabilidad se ve amenazada, mejor pensar que la muerte es de otros y no de uno.

En la soledad de los moribundos, Norbert Elias, analiza la dificultad de los vivos para acercarse a quien pronto morirá.

El mundo prefiere ocuparse de lo que se mueve y creer en la inmortalidad, el problema social de la muerte resulta de sobremanera difícil de resolver por que los vivos encuentran complejo identificarse con los moribundos.

Norbert Elias denuncia nuestra incapacidad para acompañar a los moribundos, mostrarles ese afecto que tanto necesitan a la hora de despedirse de los demás, la causa explica es que la muerte se nos presenta como un signo premonitorio de la propia muerte.

El silencio actual diferente de los diálogos oportunos y abiertos que sobre el morir se tenían en la Edad Media, por qué ha cegado la modernidad a las miradas internas.

Al reflexionar Norbert Elias sobre los moribundos, descubre que no existe lenguaje para vincular la existencia del sano con la del doliente, lo que antaño era normal ahora aterra, escribe el autor los moribundos se sienten abandonados mientras aún están vivos, el mal no solo es la muerte y el abandono es la despersonalización y la merma de las voces internas.

El incremento de los fallecimientos en hospitales y no en casas no es gratuito, así, la familia evita contaminar su vida con el llanto del enfermo, el moribundo, en cambio, se incrementa la soledad y el abandono, ese es el rostro de la muerte actual, conspira el mutismo.

En la actualidad, las personas allegadas o vinculadas con los moribundos se ven muchas veces imposibilitadas de ofrecerles apoyo y consuelo mostrándoles su ternura y su afecto.

Fingir que la muerte no existe es negar el valor de la existencia"⁴.

Para Miguel Ángel Núñez, "Cuando la vida de un paciente está en juego, se plantea por un lado el respeto a la vida humana en cualquier caso, pero también surge inmediato dos criterios: el tradicional del respeto a la vida humana en virtud de su carácter sagrado y el criterio de si este respeto va acompañado de unas condiciones de calidad que garanticen su humanización.

⁴ Arnoldo Kraus, Asunción Alvarez, La Eutanasia, Tercer Milenio, Primera Edición 1998, pag 20-21.

En nuestra cultura, la implantación religiosa del carácter sagrado de la vida humana tiene su origen en el Pueblo de Israel basado en la doctrina de la creación del hombre por Dios y, por consiguiente, una ética de raíz teológica (judía, cristiana, musulmana) que evoca el origen trascendente de la vida en cuanto que ésta ha sido dada por Dios al hombre, quien no es su verdadero titular, sino tan sólo depositario.

Se excluye toda consideración sobre la calidad de vida que tiene su carácter absoluto y escapa a los designios humanos por que pertenece a la divinidad. Consecuentemente, desde este punto de vista, existe una total oposición a cualquier medida que imponga o tienda a un acortamiento de vida a la cual se considera sagrada, aunque hoy los moralistas abogan, sin embargo, por una racionalización de los planteamientos éticos y por su desacralización.

La santidad de la vida hace a ésta inviolable, cualquier acción encaminada a producir la muerte tanto en la vida intrauterina como independiente está prohibida. Esta orientación no solamente proporciona criterios éticos, sino que habría de constituirse en norma jurídica.

El principio de la santidad de la vida considera a ésta básica para la sociedad, y su rechazo pondría en peligro la vida humana.

Este principio de la santidad se vincula a una concepción biológica de la vida humana como proceso vital físico-biológico sin atender a deficiencias físicas ni a capacidades humanas, y ha servido al derecho como referencia básica o exclusiva. Sin embargo las doctrinas de la santidad son ambiguas e imprecisas, adolecen de rigidez y pueden llevar a adoptar posturas, "vitalistas" en las que lo importante no es la vida propiamente humana, sino la vida puramente biológica, y no puede servir para resolver a priori todos los problemas.

También el principio de la calidad parte de que la vida es un valor relativo que comprende todos los datos de la experiencia y comunicación y no sólo una visión acrítica de la vida como simple realidad.

El principio de la autonomía que supone el reconocimiento de la libre decisión individual sobre el propio destino personal y el principio de la dignidad en lo que supone de respeto hacia el ser humano, sobre todo en relación a la proximidad de la muerte, sin que esto signifique generalizar, pueden solucionar situaciones límite, concretas, como es suprimir tratamientos inútiles a quien no tiene perspectiva alguna de continuar viviendo⁵.

Para Jacques Leclercq, "La situación de la familia católica es única en el mundo, en la Iglesia católica, una autoridad doctrinal determina la regla moral, se conocen con toda precisión las prescripciones de la moral familiar y es fácil apreciar la moralidad según las reglas de esa moral. Pero esta situación es única, ni en la antigüedad ni en los pueblos paganos de nuestros días se encuentra una autoridad reconocida por pueblos enteros que se encargue de fijar la moral.

⁵ Miguel Angel Núñez Paz, Homicidio Consentido-Eutanasia, Editorial Tecnos, 1999, pag 172-174.

En estos casos la moral es tradicional, es también vaga, evoluciona, se deforma y se reforma, para conocer las ideas morales de un tiempo hay que sondear las leyes, las tradiciones, las apreciaciones de los literatos, de los filósofos, e investigar, a base de textos y de usos cuyo fin no es precisamente promulgar una regla moral, la regla implícita que suponen, trabajo arduo y delicado⁶.

Para Salvador Martínez Urraca, "El sufrimiento y el dolor humanos se hallan patentes en la realidad cotidiana de los seres humanos y acompañan, configuran y determinan la vivencia y entidad de la enfermedad. Pero ningún temor es tan horroroso como el medio a la cruel enfermedad, a la invalidez y dependencia constante, a la obstinación terapéutica sin esperanza, a la soledad y despersonalización de los actuales centros hospitalarios, al sufrimiento/ dolor propio y de los seres queridos en los estadios terminales de la vida.

En consecuencia, el sufrimiento insoportable y el dolor tenaz incontrolable e inútil, propio de las enfermedades graves irreversibles, es el argumento fundamental de aquellos que propugnan la autodeterminación, la eutanasia activa y voluntaria, sin embargo, existen personas cuya filosofía del dolor y el sufrimiento es la resignación y la esperanza.

La muerte y el morir son instantes o procesos que forman parte de la vida, como el sufrimiento lo es del morir. Pero las personas sanas experimentan la muerte como muerte del otro, como meros espectadores de la función diaria del morir.

Habrán personas que contemplen los sufrimientos y los dolores terminales como algo inexplicable, detestable e inútil y que, consecuentemente, acepten y soliciten libremente la eutanasia activa.

Los sufrimientos que provocan el abandono, la experimentación de la desgarradora muerte social, la percepción negativa de aquellas enfermedades que deforman y mutilan la autoimagen, la sensación de invalidez, dependencia, en fin, los sufrimientos del alma, que pueden originar situaciones de desesperanza, angustia y que alimentan la idea de poner fin a todos los múltiples sufrimientos.

A pesar del dolor moral o sufrimiento, se constata en las ciencias biosanitarias y comportamentales una importante ausencia en el análisis de la significación, evaluación y tratamiento del insoslayable sufrimiento humano, pocos psicólogos han intentado penetrar en la causa y el significado del sufrimiento humano, afirma Golberg la presencia del sufrimiento en las teorías conductuales es, testimonial, irrelevante y de extraordinaria complejidad, y lo que resulta aún más sorprendente es el olvido o la ignorancia del sufrimiento en las materias que se cursan en las carreras de Medicina, Enfermería y Psicología.

No es de extrañar, en consecuencia, el exceso de celo en los tratamientos biotecnológicos inoperantes en los estadios finales de la vida de los pacientes, olvidando los sentimientos, las emociones, los sufrimientos y los deseos de moribundos y de la familia.

⁶ Jacques Leclercq, La familia, Barcelona Editorial Herder, Sexta edición 1979, pag 35.

El mismo concepto de sufrimiento engloba aspectos cognitivos, afectivos y comportamiento del dolor que se manifiesta en los diversos episodios de la vida humana, especialmente de aquellos que cursan estrés e insatisfacción.

El dolor y el sufrimiento tienen significados diversos, dependiendo del ámbito o ciencia que les analicen y de los contextos personales, culturales y sociales que les interpreten.

Son procesos reversibles, de modo que del dolor se deriva el sufrimiento y del sufrimiento persistente puede surgir el dolor.

El dolor es la causa más frecuente del sufrimiento e incapacidad que afecta gravemente a millones de personas en todo el mundo, y ha sido uno de los factores principales que han afectado el curso de los acontecimientos humanos, tanto el dolor como el sufrimiento proceden de los estímulos aversivos o de amenaza que inducen en el ser humano reacciones de evasión y rechazo: pero son de indudable utilidad como indicadores de anomalías biopsicológicas en función de la interacción de las variables fisiológicas y psicológicas.

El sufrimiento psicológico o moral, cuya causalidad es múltiple, impacto psicológico de la hospitalización, pérdidas sociales y vitales relevantes, sentimientos de inutilidad, muerte social, indefensión, soledad, falta de intimidad y libertad, desesperación, etc.

Todo este conglomerado, junto con la ansiedad/ temor/ depresión, origina estados de inseguridad, cansancio y desesperanza tanto en los enfermos terminales como en la familia.

Ante esta situación no es de extrañar, especialmente si existen confianza con los profesionales, que algunos enfermos soliciten la eutanasia.

Aun admitiendo la voluntad del paciente, ¿ Cuándo son los dolores/ sufrimientos insoportables? La psicología admite que hay conductas de dolor/ sufrimiento cuyo objetivo es obtener recompensas o evitar castigos. Eso no obsta para admitir que el hombre es, por principio, propietario y responsable de su muerte y que los profesionales deben contemplar y analizar las creencias, convicciones y expectativas de los pacientes, sean o no terminales. Ello puede conllevar un desajuste entre el modelo de muerte del paciente y el modelo de muerte del profesional.

El sufrimiento tiene dimensiones que afectan a las personas, cuya integridad se percibe amenazada. Por eso se insiste, especialmente, en los cuidados del enfermo y de la familia.

Otros aspectos del sufrimiento pueden derivarse de la propia enfermedad, del tratamiento y de las pérdidas psicológicas del paciente y de la familia. en estos estadios de la vida es más prioritario aliviar el sufrimiento, ya que el dolor es más controlable.

La interpretación, significación y valoración del sufrimiento es puramente subjetivo en función de los valores, experiencias y personalidad del paciente. También el tipo de

enfermedad, el curso de la misma y el control que se ejerza sobre el origen del sufrimiento son relevantes para su afrontamiento, el aislamiento social-familiar y la sociedad no buscada incrementan la ansiedad.

El sufrimiento puede acontecer sin que la persona padezca enfermedades y sin dolor físico, pero aquel se incrementa en situaciones límite y de desorganización personal.

El concepto de sufrimiento se relaciona con el dolor moral, el daño, la pérdida y las expectativas negativas que distintos avatares de la vida pueden originar, sin embargo, la enfermedad mental o física la que provoca una mayor vulnerabilidad y sufrimiento.

Muchas enfermedades mentales producen, ineludiblemente, estados de sufrimiento en los pacientes o en las personas próximas. Ya el mismo concepto de paciente implica sufrimiento, pena, padecimiento, soporte del dolor físico, psíquico o moral.

El sufrimiento tiene connotaciones referidas al dolor moral y a las sensaciones, emociones y / o experiencias desagradables o penosas.

Tampoco es ajena a este concepto la tradición judeocristiana que considera el sufrimiento humano como prueba, castigo, expiación, liberación y salvación.

La definición de dolor es la experiencia sensible y emocional desagradable, que va unida a lesiones tisulares actuales y potenciales o que se describe mediante términos relativos a dicho deterioro.

Se sabe que las conductas de dolor/ sufrimiento tienen como objetivo prioritario poner al hombre en estado de alerta en lo psicosomático y atraer, en gran medida, la atención la ayuda, la asistencia, la compasión y/o el consuelo. Las personas que sufren tienen expectativas de que los demás les comprenderán y ayudarán en su situación penosa e indigente.

El dolor, en suma, es una experiencia multidimensional donde los factores psicológicos / sociales modifican o modulan su intensidad, valoración y percepción.

En el fondo de la naturaleza humana se hallan la fragilidad, el dolor y el sufrimiento, realidades que la sociedad del bienestar trata de ocultar, rechazar o soslayar, mal que bien. De la misma naturaleza del hombre emerge lo dramático y el enfrentamiento entre polos conflictivos: placidez, dolor, bienestar- sufrimiento, placer- displacer, amor-desamor, simbólico- real, normal- patológico,

El sufrimiento, como la enfermedad y la muerte, es uno de los polos emocionales negativos cuya superación hace madurar y crecer al hombre.

Dostoievski afirma en su obra Crimen y castigo que la felicidad no consiste en la comodidad, la felicidad tiene que ser comprada con sufrimiento, por ello, recalca, el sufrimiento conduce al autoconocimiento, a la felicidad, a la paz, a la auténtica vida.

Aparte de la significativa presencia e influencia del dolor, son múltiples las causas que potencialmente tienen incidencias en la aparición y conductas de sufrimiento, insatisfacción con la vida diaria, enfermedades orgánicas, hospitalización, deterioros mentales, experiencias emocionales desagradables, objetivos vivenciales o de bienestar inalcanzables, situaciones de desarrollo personal, especialmente la crisis de la adolescencia, información de enfermedades severas, distintos estresores cotidianos.

El sufrimiento en los humanos no siempre se verbaliza, las respuestas emocionales, las expresiones corporales y la comunicación no verbal pueden denotar estados emocionales de inseguridad, angustia, alegría, sufrimiento, insatisfacción, miedo y /o sorpresa; más difícil de detectar en personas esquizofrénicas, que son muy vulnerables al estrés.

El sufrimiento, el rechazo y el pánico sociales que provocan algunas enfermedades especialmente el cáncer, el VIH o el sida, se proyectan negativamente en la aceptación y afrontamiento de las mismas, ya que existen prejuicios sociales que estigmatizan a los pacientes y les inducen conductas de miedo, soledad, ansiedad y conductas inadaptativas ante la enfermedad y la vida.

El sufrimiento en la enfermedad terminal constituye una entidad cuyas consecuencias pueden producir situaciones incontrolables, estados sicóticos (melancolía, manías, esquizofrenias, delirios) o neuróticos (neurosis obsesivas, angustia, neurosis traumáticas).

Las experiencias y conductas de dolor pueden controlarse en la praxis médica con relativo éxito.

Existen factores precipitantes del sufrimiento humano:

- a) psicológicos: emociones, afecciones, motivaciones, percepciones, personalidad, valores, creencias y actitudes.
- b) sociales: valores culturales, hábitos sociales, estereotipos y prejuicios, valores éticos.
- c) neurofisiológicos: agresión tisular, estímulos nociceptivos periféricos.

El sufrimiento denota una experiencia mental enriquecida por representaciones y que como tal tiene un espesor mayor que el padecimiento físico, implica recuerdos, ansiedades, miedos, relaciones y presentaciones de palabras.

El sufrimiento está en el origen del pensamiento como elemento organizador, pero también puede constituirse en desorganizador si existe ausencia o influencia de objeto, o un exceso de presencia y de actividad del objeto, el dolor es más el desamparo pasivo que el desamparo activo que vehiculiza el dolor y constituye el soporte de la depresión.

La cura psicoanalítica es dolorosa pues implica una serie de duelos a realizar, el dolor psíquico o sufrimiento se confunde con la angustia y estaría ligado con el sentimiento de impotencia o de incapacidad del sujeto.

Para afrontar el sufrimiento es necesario escuchar, dialogar y observar al paciente, analizar las actitudes de los otros hacia el enfermo y el nivel personal de soportar la enfermedad, identificar el significado de la enfermedad desde la perspectiva personal del paciente, interpretar la expresión verbal y no verbal de las emociones, ubicar y comprender el emplazamiento de la persona en la enfermedad y evaluar los estados psíquicos y actitudes del paciente ante las amenazas futuras y la posible desintegración de su persona.

Lo cierto es que muchos sufrimientos se reducirían si se respetarán los deseos y voluntades de los pacientes, en el supuesto de aplicar todos los medios técnicos, psicológicos y humanos para procurar un morir digno.

La función primordial del sufrimiento es la puesta en estado de alerta de la persona ante acontecimientos internos al propio cuerpo o externos a él que delatan estímulos aversivos biopsicológicos y sociales que suponen un ataque a la propia integridad personal.

El control del sufrimiento por los demás debe partir del respeto a los supuestos de libertad, autonomía y consentimiento informado, justicia y beneficencia, los pacientes tienen también derecho a decidir responsablemente sobre las intervenciones o terapias que se vayan a aplicar en beneficio de su propio cuerpo, de la reducción del dolor, de la minoración del sufrimiento y de la mejora de la calidad de vida⁷.

4.3 Aspectos religiosos.

Para Javier Gafo, "sostiene que, Pio XII es el primer Papa, que se refiere al tema de la eutanasia, puesto dramáticamente de actualidad como consecuencia de su aceptación legal por el III Reich, deben citarse los siguientes textos especialmente relevantes del Papa Pacelli.

No basta con que el corazón sea bueno, sensible, generoso, debe ser también sabio y fuerte, una de estas falsas piedades es la que pretende justificar la eutanasia y sustraer al hombre del sufrimiento purificador y meritorio, no por medio de un alivio digno y caritativo, sino con la muerte, como se hace con un animal, sin razón y sin mortalidad, este texto de 1947, significa un rechazo general de la eutanasia como una muerte piadosa, de la eutanasia activa directa.

Si existe la narcosis y el acortamiento de la vida no existe nexo causal alguno directo, puesto por la voluntad de los interesados o por la naturaleza de las cosas, y si, por el contrario, la administración de narcóticos produjese por sí misma dos efectos distintos, por una parte, el alivio de los dolores, y por otra, la abreviación de la vida, entonces es lícita.

⁷ Salvador Urraca Martínez, Sufrimiento Humano y Eutanasia, Editorial Noesis, S.L. Colección Humanidades Médicas, Madrid 1996, pag 115-133.

Pio XII, acepta en 1957, basándose en el principio de doble efecto, la llamada clásicamente eutanasia activa indirecta, es decir la administración de calmantes que pudiesen también, de forma indirecta, acelerar la muerte, este texto se relacionaría con la antes citada ortotanasia.

En un discurso en 1958, Pio XII responde a las siguientes preguntas, ¿Se tiene el derecho o hasta la obligación de los aparatos modernos de respiración artificial en todos los casos, aun en aquellos que a juicio del médico, se consideran como completamente separados? ¿Se tiene el derecho o la obligación de retirar el aparato respiratorio cuando, después de varios días, el estado de inconsciencia profunda no se mejora, mientras que si se prescinde de él la circulación se detendrá en algunos minutos?.

El Papa Pacelli afirmaba que existe, sin duda, una obligación de conservar la vida y la salud, pero esto no obliga habitualmente más que el empleo de los medios ordinarios(según las circunstancias de las personas, de lugares, de época, de cultura), es decir, a medios que no impongan ninguna carga extraordinaria para sí mismo o para otro.

El texto es importante ya que él se afirma que es propio del médico, y particularmente del anesthesiólogo, dar una definición clara y precisa de la muerte y del momento de la muerte de un paciente que fallece en estado de inconsciencia y al mismo tiempo, hay un reconocimiento de la autonomía del enfermo en estas decisiones.

En general, no se puede obrar más que si el paciente lo autoriza explícitamente o implícitamente, la conclusión del Papa es: Por consiguiente, si parece que la tentativa de reanimación constituye en realidad para la familia una carga que en conciencia no se le pueda imponer, ella puede lícitamente insistir para que el médico interrumpa sus tentativas, y este último puede lícitamente acceder a ello.

Por tanto y como afirma el mismo Papa Pacelli, no se trata de una eutanasia, sino de una legítima aplicación del principio del doble efecto y de el voluntarium in causa, estaríamos, pues, ante la ortotanasia o la eutanasia pasiva, en la terminología clásica eclesial.

La declaración de la congregación para la doctrina de la fe, el 5 de mayo de 1980, publicaba una importante toma de postura de la Iglesia Católica sobre nuestro tema. Los puntos más importantes de esta declaración sobre la eutanasia son las siguientes:

Condena de la eutanasia, en el sentido anteriormente a esta palabra: Nadie puede atentar contra la vida de un hombre inocente, sin violar un derecho fundamental, e irrenunciable, no se acepta esta práctica con el fin de eliminar radicalmente los últimos sufrimientos o de evitar a los niños subnormales, a los enfermos mentales o a los incurables, la prolongación de una vida desdichada, quizás por muchos años, que podría imponer cargas demasiado pesadas a las familias o a la sociedad.

Nadie, puede pedir este gesto homicida para sí mismo o para otros confiados a su responsabilidad, ni puede consentirlo explícita o implícitamente, ninguna autoridad puede legítimamente imponerlo ni permitirlo.

Subraya el valor cristiano del dolor y la posibilidad de que el creyente pueda asumirlo voluntariamente, pero añade, no sería sin embargo prudente imponer como norma general un comportamiento heroico determinado. Al contrario, la prudencia humana y cristiana sugiere para la mayor parte de los enfermos el uso de las medicinas que sean adecuadas para aliviar o suprimir el dolor, se reafirma la doctrina clásica eclesial de la legitimidad del uso de calmantes que pudiesen abreviar indirectamente la vida.

La declaración condena el encarnizamiento terapéutico, es muy importante hoy en día proteger, en el momento de la muerte, la dignidad de la persona humana y la concepción cristiana de la vida contra un tecnicismo que corre el riesgo de hacerse abusivo.

Acepta el derecho a morir que la declaración entiende como el derecho a morir con toda serenidad, con dignidad humana y cristiana, insiste que este derecho a morir no designa el derecho a procurarse o hacerse procurar la muerte como se quiera.

La declaración supera la terminología de medos ordinarios/ extraordinarios y utiliza, en su lugar, una nueva pareja de términos que ya estaba presente en las discusiones de la teología moral católica, al de medios proporcionados/ desproporcionados, considera que este cambio debe realizarse tanto la imprecisión del término (ordinario) como por lo rápidos progresos de la terapia.

Como consecuencia de lo anterior, el documento del vaticano significa una clara aceptación de lo que hemos llamado ortotanasia, es también lícito interrumpir la aplicación de tales medios (desproporcionados), cuando los resultados defraudan las esperanzas puestas en ellos. A la pregunta sobre quién debe de decidir en estos casos, se citan en primer lugar al propio enfermo y a sus familiares y después al médico.

Este tiene la capacidad para ponderar si las técnicas empleadas imponen al paciente sufrimientos y molestias mayores que los beneficios que se pueden obtener de las mismas.

Se afirma claramente la legitimidad del dejar morir en paz, es siempre lícito contentarse con los medios normales que la medicina pueda ofrecer, el no recurrir a una terapia costosa o arriesgada no equivale al suicidio, ante la inminencia de una muerte inevitable, a pesar de los medios empleados, es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia.

El significado de la petición de eutanasia por parte del enfermo, las suplicas de los enfermos muy graves que alguna vez invocan la muerte no deben ser atendidas como una expresión verdadera voluntad de eutanasia, éstas, en efecto son casi siempre peticiones angustiadas de asistencia y de afecto, además de los cuidados médicos, lo que necesita el enfermo es el amor, el calor humano y sobrenatural, con el que pueden y deben rodearlo todos aquellos que están cercanos, padres e hijos.

Comisión Episcopal Española para la Doctrina de la Fe; Esta comisión publicó el 15 de abril de 1986 una nota sobre la eutanasia donde se alude a la ambigüedad de la petición de la eutanasia que puede formular el enfermo y se hace una especial referencia a la dificultad del hombre y de la cultura de nuestro tiempo en asumir la muerte y en saber ayudar al paciente terminal, se insiste en que sobre la muerte, pesa un importante tabú y nuestra sociedad la margina y la oculta.

Se escribe mucho sobre la dificultad del hombre de nuestro tiempo para integrar el hecho de la muerte, la perspectiva de la muerte crea en muchos de nuestros contemporáneos una inmensa angustia, que dificulta extraordinariamente nuestra relación con el enfermo grave, no sabemos acercarnos a él, acompañarle en sus temores y esperanzas, proporcionarle el apoyo y calor humano que tanto necesita.

Se alude también a la deshumanización de las grandes instituciones hospitalarias, a la dificultad del personal sanitario-incluidos familiares y los capellanes, para saber acompañar humanamente al enfermo terminal. Se critica la falta de información al enfermo y las mentiras que se crean a su alrededor y le bloquean su comunicación, nuestra cultura tiene ante sí el reto de asumir el hecho de la muerte y de un tabuizarlo, es necesario reintroducir la muerte en nuestros esquemas mentales, sin negarla ni reprimirla.

Finalmente esta nota subraya la coloración específicamente cristiana y creyente al abordar el tema ético de la eutanasia; Para Jesús, la vida biológica y temporal del hombre, aun siendo valor fundamental, no es el valor absoluto y supremo, insiste en ese rasgo central de la ética de Jesús por la que el que pierde su vida, la gana, ya que nadie tiene más amor que el que da la vida por sus amigos.

Para el creyente de Jesús, su forma de asumir la muerte es un modelo a seguir por el cristiano, ya que en la vida y en la muerte somos del señor, nos parece importante que esta nota no asuma una forma de argumentar presente con cierta frecuencia en los escritores católicos al hablar de la vida humana, la afirmación de que la vida es un valor absoluto, esto no es verdad para el mensaje de Jesús, para la ética de Jesús, la vida es un valor fundamental, pero no constituye un absoluto; el único absoluto para Jesús es la causa del Reino de Dios.

Posteriormente el episcopado español hizo público en 1989 un testamento vital, como indicamos antes, sería mejor calificarlo como directrices previas en relación con la muerte, en que se expresan las actitudes del creyente en relación con su propia muerte, recomendándose su distribución. Inspirándose en la doctrina eclesial, antes expresada, no se acepta la eutanasia, pero se pide que no se mantenga en vida por medios desproporcionados o extraordinarios, ni se me prolongue abusiva e irracionalmente mi proceso de muerte, es decir la distanasia.

La encíclica *evangelium vitae*; Juan Pablo II afirma con gran énfasis y solemnidad en esta encíclica de 1995, que se centra en la defensa de la vida humana, especialmente en los casos de aborto y eutanasia, de acuerdo con el magisterio de mis predecesores y en comunión con los Obispos de la Iglesia Católica confirmo que la eutanasia es una grave violación de la Ley de Dios, en cuanto eliminación deliberada y moralmente inaceptable

de una persona humana, añade que se trata de una doctrina fundamentada en la Ley natural y en la palabra de Dios escrita; es transmitida por la tradición de la Iglesia y enseñada por el Magisterio ordinario y universal.

Siguiendo la línea de la declaración sobre la eutanasia de la Congregación para la Doctrina de la Fe, EV (evangelio vitae), se opone al ensañamiento terapéutico y reafirma la legitimidad de no recurrir a terapias extraordinarias o desproporcionadas que podrían prolongar la vida del enfermo, pero al precio de grandes dolores y de muy pocas posibilidades de recuperación de la salud, en donde habría que tener en cuenta los costes que impone al interesado y a su familia⁸.

Arnoldo Kraus "no expone que en general, las religiones monoteístas condenan la eutanasia por considerar que Dios es el único con derecho a decidir el final de una vida, los avances tecnológicos, que permiten prolongar vidas más allá de lo humanamente tolerable, han obligado a las distintas jerarquías religiosas a revisar sus posiciones.

Los jefes religiosos deben considerar que muchas personas practicantes quieren mantenerse fieles a sus credos, pero también están a favor de la eutanasia porque desean asegurarse una muerte digna.

La condena de la eutanasia por parte de la religión se basa en una concepción de Dios común a las tres religiones monoteístas: el cristianismo, el judaísmo y el islamismo. Sus argumentos giran en torno a la idea de que Dios es la fuente de toda vida y el único que puede decidir sobre la muerte, sin embargo, este razonamiento no se aplica de la misma manera al considerar la eutanasia pasiva que la activa.

La jerarquía de la Iglesia católica ha sido muy clara al definir su posición al respecto. Rechaza la eutanasia activa y permite la pasiva, esta diferencia supone un cambio de perspectiva para juzgar entre una y otra formas de eutanasia, así lo señala Jacques Pohier, teólogo francés, presidente de la asociación por el derecho a morir con dignidad en Francia.

Al prohibir la eutanasia activa se juzga sólo la acción del médico, reconocido como único sujeto, al juzgar su acto, la iglesia equipara la eutanasia con el homicidio que va en contra del designio divino que prohíbe matar, no importa si esa acción responde al pedido de otra persona.

Al juzgar la eutanasia pasiva, el sujeto de la acción es el paciente y se le considera libre para pedir o rechazar cuidados intensivos cuando ya no hay cura posible. Se le reconoce el derecho a decidir sobre su muerte, no se piensa que atente contra la voluntad de Dios, lo que, en cambio, sí sucede en la eutanasia activa.

Hay más contradicciones en los argumentos religiosos, si la iglesia católica condena el suicidio, por que lo ha justificado en las guerras santas o en casos de martirios, por que esas muertes son dignas para Dios, si se permite prolongar la vida con avances

⁸ Javier Gafo. Eutanasia y ayuda al suicidio, Editorial Paulinas, Madrid 1990, pag 50-60.

tecnológicos, como sancionar la eutanasia activa por atentar contra la voluntad divina que fija de la muerte, la conclusión es que la iglesia revise sus lineamientos”⁹.

La muerte de Jesús con su dramatismo, es un símbolo de la muerte de todo hombre, que experimenta en el hecho de morir, la ruptura consigo mismo y con los seres queridos, es la entrada en un ámbito misterioso, que ningún ojo ha podido ver, o ha podido escuchar.

La prolongación del sufrimiento humano no es una virtud o un rito purificador, sino el fruto de una religión cristiana mal entendida.

En nuestra época actual, con intereses diferentes, con ritmo de vida distintos, con horizontes de vida mucho mayores, con una sociedad más evolucionada, con mayores avances tecnológicos ya podría pensarse en ir reconociendo a la eutanasia.

4.4 Punto de vista jurídico.

Desde la perspectiva de las normas jurídicas, la cuestión de la eutanasia se plantea de modos muy diversos en función de la diversidad de los ordenamientos jurídicos, en un sentido muy general, que las normas jurídicas, aún cuando sean consideradas de rango ético inferior, son de hecho las que terminan modificándose en la sociedad de referencia.

“El autor nos plantea que cuando un Código sigue vigente, hay que pensar en que el grado de desacuerdo moral, con el que no ha sido tan grande como para obligar una reforma, o que es lo mismo, habrá que pensar en que hay un consenso moral que es capaz de neutralizar las más radicales protestas éticas de las minorías

La doctrina jurídica se inclina por la impunidad, pero con gran imprecisión en cuanto a sus causas, se invoca por algunos juristas, el principio de valoración de bienes jurídicos, que permiten proteger intereses preferentes a costa de otros intereses de menos valor, es decir, un estado de necesidad, para otros autores, parecería más acertado determinar si la acción es contraria al deber objetivo de cuidado, es decir, si se sobrepasa el riesgo permitido.

El problema surgiría cuando se excede el riesgo tolerable, mediante conductos que podrían ser considerados como imprudencia temeraria, denominada en el código Penal español, imprudencia grave, es entonces cuando habrán de tenerse en cuenta los elementos valorativos del hecho, como la magnitud del riesgo, creado por el acto médico, la proximidad de la muerte, la intensidad del dolor, y decidir siempre de acuerdo con la (*lex artis*), si ha llegado o no, el momento, con el consentimiento del enfermo, de actuaciones médicas audaces en beneficio siempre del mismo.

Otro grupo de la doctrina jurídica, entiende que se refiere también a la omisión, en el sentido jurídico de la cuestión de la omisión, es decir, una determinación de la voluntad a conseguir un objetivo, por que la acción o la omisión, luego son el instrumento para la comisión del delito, por eso se ha solicitado unas políticas legislativas en positivo, en las

⁹ Arnoldo Kraus, Asunción Alvarez, La Eutanasia, Tercer Milenio. Primera Edición 1993. pag 50-51.

que se determinen las conductas que son lícitas para que los médicos, las puedan practicar con confianza y abundancia para ayudar a sus pacientes"¹⁰.

4.5 Referencia histórica

Para Arnaldo Kraus, "A partir del siglo XVI, algunos pensadores, como Tomás Moro, Montaigne, Bacon, John Donne, sostuvieron que el derecho a poner fin a la vida no riñe con la voluntad de Dios, fueron ellos también quienes advirtieron de los riesgos que podía provocar la nueva tecnología de su tiempo, prolongar la vida más allá del sufrimiento tolerable.

En la Grecia antigua Sócrates sostenía que el dolor y el sufrimiento producidos por una enfermedad eran razones justas para dejar de aferrarse a la vida.

Sócrates invocaba a Esculapio, dios de la medicina, quien no intentaría curar lo incurable ni alargar vidas inútilmente, antes de llegar a beber la cicuta, Sócrates había defendido muchas veces el aspecto noble y deseable de la muerte; Sabemos que el filósofo no era aceptado por todos sus contemporáneos, por algo fue sentenciado a muerte, destino que prefirió antes que retractarse de sus ideas, entre éstas pudiera estar la de defender la muerte como una opción que debía permitirse.

Los estoicos aceptaban el suicidio en aquellos casos en que la vida iba en contra de la naturaleza, por dolor enfermedad grave o anomalías físicas. Pero dentro de Grecia, había otros grupos que lo condenaban, los pitagóricos, los aristotélicos y los epicúreos.

En Roma se reconocían las virtudes del suicidio, alternativa preferible a la prolongación de una vida indigna. Plinio el Viejo expresaba: De los bienes que la naturaleza concedió al hombre, ninguno hay mejor que una muerte oportuna, y óptimo es que cada cual pueda dársela a sí mismo, para los romanos, vivir noblemente incluía morir noblemente.

Quitarse la propia vida era una forma de muerte aceptable cuando evitaba el dolor, el deshonor o simplemente el desgaste de la vida.

Con el cristianismo desapareció la autonomía moral del individuo, la soberanía sobre los actos correspondió al Dios todopoderoso, quien podía delegarla al monarca o al pontífice único. A partir de entonces, se condenó a la eutanasia y se castigó al suicida, tanto al frustrado como al consumado. Se negaba sepultura cristiana al cuerpo del muerto y sus bienes se confiscaban a favor de la Iglesia, el suicida frustrado era castigado con el destierro a perpetuidad.

Sólo había una forma de conseguir que tuviera un entierro cristiano, que la familia la cual debía ser pudiente alegrara una атаque de locura antes del acto pecaminoso.

Durante doce siglos, el cristianismo consideró el suicidio el más grave de los pecados por violar el mandamiento que prohíbe matar, sin dar oportunidad para arrepentirse, y por ser

¹⁰ www.filosofia.org/filomat/df506.htm.

un acto contra la ley de la naturaleza y la caridad. Finalmente por ofender a Dios dador de la vida y el único que puede ponerle término.

En el siglo XIV, cuando renacieron las artes y las letras, las actitudes cambiaron radicalmente, se disiparon muchas supersticiones y concepciones erróneas y ocuparon su lugar opiniones instruidas, los valores griegos y romanos se reafirmaron y el concepto de una muerte fácil se consideró de nuevo idóneo, aunque las iglesias católica y protestante condenaban el suicidio, la gente más ilustrada dejó de verlo como pecado imperdonable¹¹.

Cuando Tomas Moro, "dibuja una imagen de una sociedad ideal, en ella se aconsejan al enfermo que es perjudicial y molesto para los demás y pesado para sí mismo, a que se decida a no consentir más esa pestilente y dolorosa enfermedad; Y viendo que su vida no es más que una tortura, que no sea reacio a morir sino mejor que cobre buenos ánimos y se desembarace así mismo de esta dolorosa vida, como de una prisión o de un poco de tormento, o permita de buen grado que otro lo libre de ella, y le dicen que obrando así hará sabiamente, viendo que con su muerte no perderá ningún privilegio, sino que acabará con su dolor"¹².

Para Miguel Angel Núñez Paz, "el interés actual por la eutanasia se debe a que en nuestra época se ha introducido un nuevo factor: la autonomía de los pacientes, hasta la Segunda Guerra Mundial, las prácticas eutanásicas se realizaron, por lo general, sin el consentimiento de quienes las sufrían. En los albores de la cultura occidental, desde la antigua Grecia hasta la época nazi, se basaron en motivos sociales, políticos, económicos, médicos o eugenésicos, pero raras veces se tenía en consideración la voluntad de los pacientes.

Ciertamente el Estado, en la época de los derechos humanos, no puede tener en ningún caso derecho a eliminar a los enfermos o minusválidos, pero lo que hoy realmente preocupa es si existe la posibilidad de ética de solucionar positivamente el problema de quien desea morir y solicita ayuda a estos efectos, se considera actualmente que la vida no puede medirse sólo por su cantidad sino también por su calidad"¹³.

¹¹ Arnoldo Kraus, Asunción Alvarez, La eutanasia, editorial Milenio, primera edición 1998, pag 7.

¹² Tomas Moro, Utopía, Ediciones Orbis, Barcelona 1984, pag 163.

¹³ Miguel Angel Núñez Paz, Editorial Tecnos 1999, Homicidio Consentido, Eutanasia y Derecho a Morir Dignidad, pag 188.

CAPITULO V. MUERTE, REFLEXIONES FILOSOFICAS Y LITERARIAS.

5.1 Manifestación psicológica del paciente, sobre la evolución de su padecimiento.

Para Pilar Vilagrosa, "no existen dos personas que reaccionen igual ante la agonía o a la muerte, a pesar de ello y tal como ocurre con los acontecimientos fisiológicos de la agonía, el duelo, que es la respuesta psicológica, discurre por ciertos estadios característicos.

El conocimiento de estas etapas le ayudará a anticiparse a cubrir las necesidades psicológicas del enfermo moribundo.

La segunda etapa según el Dr. Engel es la del desarrollo del conocimiento, en ella, la realidad empieza a penetrar en la conciencia, el individuo sentirá tristeza mezclada con culpabilidad, lastima impotencia y desesperación. Notará un fuerte impulso a llorar, el llanto dice el Dr. Engel parece desempeñar una importante función homeostática, también puede culparse así mismo por no haber hecho algo, o puede atacar a la sociedad y culpar a los demás de lo que ha sucedido, también es posible una sensación de vacío"¹.

5.1.1 Ira.

Nicky Hayes, "argumenta que tanto la ira como el miedo son emociones muy activas, si estamos enfadados con alguien, nuestros músculos se tensan y nos sentimos intranquilos, algunas personas se levantan y se pasean por toda la habitación como una forma de ayudarse a controlar la tensión.

De igual forma, si estamos asustados, nuestros músculos también se tensan y podemos realizar pequeños movimientos involuntarios que muestran esa tensión no son iguales, por supuesto, pero tienen bastante en común. Y son bastante diferentes de las emociones inactivas, como la depresión, que conlleva indiferencia y apatía en lugar de tensión en lugar de tensión y actividad.

En parte, la tensión que sentimos cuando estamos asustados es una respuesta de supervivencia, compartida con todos los mamíferos.

En el mundo natural, si un animal está aterrorizado por algo, y siente miedo, sólo tiene dos opciones; Puede quedarse donde está y luchar en cuyo caso necesitará toda la fuerza que pueda reunir para ganar a su enemigo, o puede huir, en cuyo caso necesitará toda la fuerza que sea capaz de acumular, pero esta vez para escapar. En cada caso, por tanto, el animal necesitará de toda su fuerza, esta respuesta de supervivencia se conoce como la reacción de luchar o huir.

Durante la mayor parte del tiempo, sólo empleamos una pequeña proporción de nuestra fuerza y energía potenciales. Pero durante la respuesta de luchar o huir, el cuerpo cambia

¹ Pilar Vilagrosa, Margarita Peya, Paciente terminal y muerte, Ediciones Doyma s.a. 1987. pag 21.

su forma de actuar físicamente para sacar el máximo partido a la fuerza y a la energía, después de todo, no constituye ninguna ventaja tener reservas ocultas cuando estamos atemorizados ante un peligro que puede acabar con nuestras vidas, si morimos, ya no serán de gran utilidad.

Los cambios físicos que aparecen son los que van a liberar más energía a los músculos, la energía física procede de una reacción química entre el oxígeno y las distintas formas de glucosa, o azúcares de la sangre, ambos son conducidos en el flujo sanguíneo hacia los músculos que necesitan energía, donde, de una forma muy eficaz, el azúcar se (quema) para producir la energía necesaria, este proceso consume oxígeno, por tanto los músculos que se encuentran en acción necesitan una provisión continua de sangre recién oxigenada para poder trabajar adecuadamente.

Por tanto, muchos de estos cambios físicos están relacionados con el transporte de oxígeno al flujo sanguíneo, comenzamos a respirar más profundamente y con más rapidez, aumentando la provisión de oxígeno que entra en los pulmones.

La presión de la sangre aumenta, por lo que se transporta la sangre por el cuerpo con más rapidez y se liberan más glóbulos rojos en el flujo sanguíneo².

Para Pilar Vilagrosa, la Dra. Kubler Ross califica de ira, al paciente que progresa, desde el "no, yo no" al "sí, yo, pero" y, finalmente, al simple "sí, yo. Será difícil relacionarse con el paciente colérico, cualquier cosa que usted haga estará mal, cuando decida bañar al enfermo, éste deseará descansar, si lo deja descansar, dirá que no lo cuida adecuadamente, nunca llegará a darle la medicación con la suficiente puntualidad.

Su comida siempre estará demasiado fría o demasiado caliente, jamás tendrá buen sabor, cuanto más trate de complacerlo, más inflexible se mostrará él con usted, por que sucede esto, por que responde el enfermo de esta forma. La Dra. Kubler Ross, tras entrevistar a numerosos pacientes, halló que cuanto más activa y dinámica era la enfermera, mayor era la angustia que provocaba en el enfermo, en esencia, el paciente razona, usted puede marcharse de aquí y yo no, usted puede irse a su casa después del trabajo y ver a su familia y yo no puedo.

Esta enfadado con una enfermera en concreto, sino con los atributos que esta representa (vitalidad, libertad y objetivos), algo que él ha perdido o está a punto de perder.

Un pareado de la Iliada (en traducción de Pope) describe con elocuencia la cólera nacida del duelo, la tristeza desgarrar su corazón y le conduce de un lado a otro, con toda la rabiosa impotencia del infortunio.

Cuando el paciente se encuentre en esta etapa, le hará un gran servicio ayudándole a expresar libremente sus sentimientos, si lo hace, el enfermo se sentirá más cómodo y le llamará con menor frecuencia".

² Nicky Hayes, Psicología, Ediciones Pirámide S.A., 1996, pag 56-57.

Será complicado relacionarse con el paciente con una enfermedad incurable, cualquier atención que usted tenga con el paciente estará mal, el porque responde el paciente de esta manera, es por que esta enfadado, enojado, pero no con usted sino con los atributos que usted representa (vitalidad, libertad y objetivos en la vida), algo que él ha perdido o está a punto de perder, por eso debe ser comprensible ante el comportamiento que pueda tener el paciente con una enfermedad incurable.

5.1.2 Negación.

El Dr. Engel "califica la respuesta inicial como de conmoción e incredulidad, la persona que se encuentra en esta fase no puede comprender la realidad de lo que ha sucedido. Puede negarla con fuerza y desesperación

La negación descrito por la Dra. Kubler Ross, tal vez haya observado esta reacción en los padres de un niño que acaba de nacer con una deformidad, no puede creer que esto le haya sucedido a su hijo, Yo la he visto a veces en padres cuyo hijo ha nacido con labio leporino, recientemente observé en unos padres cuyo hijo de 2 meses de edad no comía tan bien como debiera, según decían ellos, el niño tenía síndrome de down.

Sólo después de que nuestro médico estableciera el diagnóstico, admitieron ellos que ya les habían dicho lo mismo en otra clínica, se habían negado a creer que el diagnóstico fuera correcto.

De forma análoga, el paciente al que se le notifica que tiene una enfermedad fatal dice: No, esto no puede sucederme a mí. No es posible, tal vez visite varios médicos con la esperanza de que el primer diagnóstico no sea correcto.

Esta etapa de conmoción y negación puede ir acompañada de una reacción fisiológica ante el desastre o la inminencia del mismo shock, desvanecimiento, palidez, sudación, taquicardia, náuseas y alteraciones gastrointestinales.

También son comunes la agitación, confusión y apatía, pueden concurrir o no las lágrimas.

La Dra. Kubler Ross dice que la negación llega a desvanecerse si la persona en proceso de duelo sabe que alguien le ayudará a expresar el sentimiento que emergerá cuando afronte la realidad.

El mecanismo psicológico de la negación de lo que no se desea conocer, por el motivo que sea, es una poderosa defensa del ser humano que utilizamos con frecuencia en la vida cotidiana. Se niega, por ejemplo, que en Biafra mueran los niños de hambre, en especial, si estamos tomando una opípara comida y en la televisión aparece un reportaje sobre aquel país.

Negamos para seguir viviendo, negamos para mantener nuestra integración en un mundo lleno de contradicciones, negamos para protegernos y para proteger a nuestros familiares, a nuestros amigos, etc.

El mecanismo de la negación aparece aumentado en los pacientes, ¿Qué médico no sea visto sorprendido por la negación por parte del paciente de hechos evidentes? ¿Quién no ha conocido a un médico con cáncer negando la evidencia de la enfermedad y aceptando, quizá con igual o mayor facilidad que el común de los pacientes, cualquier explicación alternativa?

5.1.3 Pacto.

La etapa de pacto (si, yo, pero) según la Dr. Kubler Ross, se caracteriza por el intento del paciente de hacer un trato con Dios o con el destino, prometiendo algún voto a cambio de más tiempo.

Si se me permite vivir un año más, haré. En esta etapa el paciente suele estar agotado y deprimido, si se menciona su situación, puede ahogarse y sentirse débil y falto de aliento, esta reacción aguda puede aparecer en oleadas.

Desde la etapa de pacto, el enfermo evoluciona hacia la etapa de depresión pura, permanece inmóvil, sólo habla de forma esporádica y se opone a las visitas de amigos y familiares, la enfermera puede encontrarlo llorando o condoliéndose en silencio.

¿Qué debería hacer? En opinión de la Dra. Kubler Ross, lo adecuado es darle tiempo para llorar su pérdida, de esta forma se prepara a si mismo para separarse de las personas a las que ama, de las cosas que han sido importantes para él. Por último, puede desear que sólo uno de sus seres queridos se siente en silencio a su lado³.

5.1.4 Depresión.

Para Guillermo Calderón, "esta ocurre cuando el enfermo terminal, no puede seguir ocultándose su mal, cuando sus síntomas aumentan, cuando es inevitable internarse en un hospital o someterse a una nueva operación, cuando ha sufrido complicaciones, ha perdido su empleo y han surgido problemas económicos, su coraje es sustituido por un sentimiento de enorme pérdida.

Es preciso considerar que los miembros de una familia están sujetos a los mismos factores ambientales, sociales y en ocasiones psicológicos, que pueden determinar la depresión, y que la convivencia con una persona deprimida puede originar el mismo cuadro en algunos de sus allegados.

Causas determinantes:

Existe la creencia de que casi todos los patrones neuróticos se derivan de conflictos y actitudes afectivas que aparecen desde la niñez, y de que, para entender la neurosis de un paciente, se deben relacionar los síntomas del enfermo con alguna situación problemática que no fue resuelta durante la infancia.

³ Pilar Villagrosa, Margarita Peya, Paciente terminal y muerte, ediciones doyma s.a. 1987, pag 20-23.

Causas psicológicas de la depresión;

Determinantes: Mala integración de la personalidad en la etapa formativa.

"Desencadenantes: a) Pérdida de un ser querido
b) Pérdida de una situación económica.

d) Pérdida de poder.

e) Pérdida de la salud.

. enfermedades con peligro de muerte

. enfermedades que originan incapacidad física

. enfermedades que determinan alteraciones estéticas

. enfermedades que afectan la autoestima (impotencia).

No basta con analizar los antecedentes de la infancia para comprender las secuelas que circunstancias especiales han dejado durante los primeros años de su vida, también es necesario advertir la presencia de sentimientos de la culpa, de conflictos por necesidades inconscientes, de incidentes que en la vida del paciente han tenido algún significado, y de tensiones familiares, incluyendo las matrimoniales o sexuales.

Además se debe distinguir si estas circunstancias son factores etiológicos determinantes, o si son elementos desencadenantes que ponen de manifiesto la incapacidad de enfrentamiento de una personalidad deficientemente estructurada.

En muchos casos se encontrará que una adaptación aparentemente adecuada es en realidad la máscara que oculta viejos problemas⁴.

J.L. Ayuso Mateos, "señala que los síndromes depresivos de moderada intensidad, pueden aparecer en cualquier momento en el curso de la infección por VIH, pero sobre todo surgen en los estadios más avanzados de la enfermedad.

Los síntomas depresivos pueden ser difíciles de diferenciar de las manifestaciones del inicio de una demencia, de aparición común en estos enfermos.

La prevalencia exacta de episodios depresivos mayores entre pacientes con VIH no está claramente establecida.

⁴ Guillermo Calderon Narváez, depresión, sufrimiento y liberación, edamex S.A. de C.V., segunda edición, 25 de sep de 1998, pag 38-40.

Los episodios que aparecen en pacientes con infección por VIH pueden ser explicados por los siguientes factores:

Una reacción a los problemas psicosociales vinculados con la infección por VIH y con el SIDA.

. Una consecuencia directa del efecto del virus en el cerebro que, según se ha podido comprobar en estudios anatomopatológicos, muestra predilección por las áreas límbicas que están implicadas en la regulación de la experiencia emocional.

. Un episodio desencadenado por la infección en un sujeto predispuesto.

. Resultado de una asociación por probabilidad estadística⁵.

5.1.5. Aceptación.

Para Pilar Vilagrosa, "en lo que respecta a la persona que ha sufrido una pérdida, el Dr. Engel describe a la etapa final del duelo como la restitución y recuperación, con una vuelta paulatina a la paz y al bienestar.

La persona del duelo puede llamar amigos y familiares para que le proporcione el apoyo que necesita.

Pasarán varios meses antes de que sea capaz de pensar sin tristeza en su pérdida, la resolución completa del duelo, viene indicada por la capacidad para recordar de forma desapasionada y realista el placer y las decepciones de la relación, pérdida.

La Dra. Kubler Ross contempla una etapa similar que ella denomina de aceptación en el paciente moribundo. El enfermo dice, he terminado todos los asuntos hasta ahora inacabados, he dicho todo lo que tenía decir, estoy preparado para irme.

Este es un sentimiento positivo amargo. Por supuesto, el paciente no está exultante de felicidad, pero tampoco denota una profunda tristeza.

Por ejemplo, hace algunos veranos cuidé a una mujer ciega de 63 años que agonizaba a causa de una insuficiencia cardiaca congestiva grave. No tenía familiares vivos, nadie que se sentará junto a su cama, le cogiera la mano y esperara con ella, sin embargo, su rostro rebosaba paz y afabilidad .

Un día una joven enfermera la oyó tararear con el poco aliento que aún le quedaba, la enfermera le dijo si le gustaría que cantásemos a dúo, oh, si respondió la paciente, me encantaría y empezó a cantar con una maravillosa voz de soprano que dejó atónitos a todos cuando se encontraba en la sala.

⁵ JL. Ayuso Mateos, Mc graw-hill, trastornos neuropsiquiátricos en el sida. Editorial Interamericana, Primera Edición 1997.

El médico residente comentó, no se como puede hacerlo, pero déjenla cantar si lo desea, al día siguiente, aproximadamente a la hora de la cena, la paciente y la enfermera cantaron de nuevo, cuando le sirvieron la cena, le pidió a esta que bendijera la mesa, luego le preguntó si podrían hablar de su vida y su Dios y lo que el significaba para ella.

Al acabar, dijo, nadie en la tierra me necesita, pronto me marcharé a casa, pero por última vez quería compartir mi Dios con alguien.

Aceptación, poco después, en paz y tranquilidad, pasó de la conciencia al coma y a la muerte en el lapso de 3 horas.

Conmoción, cólera, aceptación, para ayudar al paciente moribundo a atravesar estas etapas hasta alcanzar una muerte en paz, usted debe esforzarse por aliviar su soledad, depresión y temores.

Cualquiera que sea su enfermedad o situación específica, el paciente moribundo necesita mantener su seguridad, autoconfianza y dignidad.

Esto significa que nunca debería dejarlo aislado o abandonado, lo cual es más que posible en nuestro entorno clínico actual, a tal efecto, ayude a los familiares y amigos a aceptar sus emociones en relación con la muerte para que sean capaces de permanecer junto al paciente en ese momento de necesidad y soledad, puede preparar a los visitantes describiéndoles cómo está pasando el día el enfermo y explicándoles el porque de cualquier nuevo equipo que haya en la habitación, si los visitantes no están preparados, puede emocionarse en presencia del paciente, en tal situación, el enfermo, en vez de recibir ayuda, es quien tiene que brindarla a sus familiares.

Los visitantes a menudo tienden a hablar con el paciente en términos de futuro, que es una forma de ayudarse a afrontar la situación.

Creo que es mejor evitar tópicos tales como, todo va bien, pronto podrás levantarte y pasear o tienes buen aspecto.

El paciente en general sabe cómo van las cosas, probablemente no podrá volver a levantarse y pasear, y perfectamente sabe que aspecto tiene.

Los mismos principios son aplicables a su conversación, usted debería estar tan estrechamente vinculada con lo que el paciente experimenta que incluso el tono de su voz debería transmitirle que comprende lo que le esta pasando, que absurdo resulta para cualquier paciente moribundo una enfermera que entra en la habitación y sólo habla de la belleza de la soleada mañana y del esplendor de las flores primaverales que brotan en el jardín, esta puede ser la forma en la que la enfermera afronta su miedo a la muerte.

Cuando el enfermo pregunta por su familia, quiere respuestas sinceras, en su agonía se interesa tan profundamente por ellos como lo hacia cuando estaba bien, las preocupaciones por los seres queridos pueden ser causa de que el paciente moribundo

se sienta inquieto y precise más medicación y cuidados físicos de los que necesitaría en condiciones normales"⁵.

5.1.6. La Muerte.

Para Thomas Ángel, "Si la muerte es el fin permanente e inequívoco de nuestra existencia, podemos preguntarnos si es malo morir.

No discutiré el valor que pueda tener para los otros la vida o la muerte de alguien, ni su valor objetivo, sino sólo el que tiene para la persona que sea su sujeto. Me parece que éste es el caso básico, y el que presenta las mayores dificultades, sólo añadiré dos observaciones.

Primera: el valor de la vida y de su contenido no sólo se refiere a la supervivencia orgánica: casi todo el mundo sería indiferente (siendo otras cosas iguales) entre la muerte inmediata y al estado de coma inmediato seguido por la muerte veinte años más tarde sin haber despertado.

Segunda: como la mayoría de los bienes, éste puede multiplicarse por el tiempo, más es mejor que menos, las cantidades añadidas no necesitan ser temporalmente continuas (aunque la continuidad tiene sus ventajas sociales), es atractiva la posibilidad de una prolongada animación suspendida, o del congelamiento, seguido por la reanudación de la vida consciente desde dentro, sencillamente como una continuación de la vida presente.

Si pasamos de lo bueno de la vida a lo malo de la muerte, el caso completamente distinto, en esencia, lo deseable de la vida son ciertos estados, condiciones o tipos de actitud, aunque podría haber problemas para especificarlos.

Consideramos bueno estar vivo, hacer ciertas cosas, tener ciertas experiencias. Pero si la muerte es un mal, lo objetable es la pérdida de la vida y no el estar muerto, o no existir, o estar inconsciente"⁶.

Pilar Vilagrosa, "respecto a que si tenemos que cuidar a los pacientes moribundos, primero debemos ordenar nuestra propia filosofía acerca de la muerte, cuidar a una persona con problemas es enfrentarse a ellos junto con ella. Pero, tener una filosofía no significa tener unas respuestas.

Los criterios oficiales para determinar el momento de la muerte, y con ello, definirla de alguna manera eran simples, consistían en considerar muerto al individuo que dejará de respirar (el signo del espejo en la boca) y cuyos latidos cardiacos se apagaban (el paro cardíaco, la auscultación), lo cual implicaba un daño irreversible y total del tejido nervioso, comprobado por el tercer signo habitual de la muerte, las pupilas dilatadas e inmóviles.

⁵ Pilar Vilagrosa, Margarita Peya, *Paciente terminal y muerte*, ediciones doyma s.a. 1987, pag 23-25.

⁶ Thomas Nagel, *La muerte en cuestión*, Fondo de Cultura económica, Primera edición en español 1981.

De allí que la muerte definida como el cese de las funciones nerviosa, circulatoria, respiratoria y termorreguladora, estando así el concepto de muerte, en definitiva, vinculado o determinado por la detención de las funciones cardiorrespiratorias.

En el último estudio de la enfermedad terminal, la persona puede reconocer lo inevitable de la muerte. Algunas personas lo aceptan desde el inicio de la enfermedad, pero otras nunca llegan a aceptarlo.

Para enmarcar y estudiar todos los problemas relacionados con la muerte ha surgido una nueva disciplina denominada tanatología.

El conocimiento y la educación tanatológica proveen de una preparación positiva tanto para el moribundo como para el viviente.

El estudio de la muerte comprende tres conceptos fundamentales: la muerte en sí misma y su significado, el proceso de morir y el duelo.

En relación con cada uno de estos conceptos podemos estudiar diferentes actitudes o valores como son las diferencias culturales, las legales o las éticas, implica a distintas disciplinas interrelacionadas de una forma u otra, como son el suicidio, la enfermedad terminal, el homicidio, la eutanasia, la educación médica, las catástrofes naturales y la violencia.

La muerte debe observarse como un tópico, un objetivo o aspecto que puede ser estudiado en innumerables disciplinas, psicología, sociología, medicina clínica, asistencia social, religión/ teología, antropología, economía, demografía y derecho.

Aquellos profesionales que se ocupan de cómo mejorar el tratamiento biomédico del cáncer no estudian la muerte, pero aquellos que analizan los factores psicoemocionales de los pacientes cancerosos próximos a morir saben de la utilidad de los conocimientos concernientes al tema de la muerte (tanatología) y cómo las respuestas afectivas del paciente desempeñan un papel importante en la evolución de la enfermedad y en su letalidad⁷.

Para Jean Lois Bandovin, "Es normal que el inconsciente cultural y social, reforzado por la costumbre, tenga un gran peso y despierte dudas respecto a una característica existencial de la muerte, la certeza del final. Al cambiar los signos exteriores y por tanto la imagen misma de la muerte, también cambian la fe en su existencia y la realidad de su constatación.

La muerte se transforma en una cuestión de confianza, la familia debe negar la realidad de la apariencia o al menos intentar abstraerla; Además, debe confiar totalmente en la ciencia cuando le garantiza la existencia de un estado no percibido por los sentidos.

⁷ Pilar Villagrosa, Margarita Peya, *Paciente terminal y muerte*, ediciones doyma s.a. 1987, pag 17-18.

El segundo problema también ético y jurídico, es el relativo a la interrupción o a la no aplicación, desde un principio de los cuidados llamados extraordinarios, es decir, de la tecnología para prolongar la vida.

Los muertos aplazados son aquellas personas consientes a las que la medicina y la ciencia ya no pueden ayudar, pero a las que, con mayor o menor ensañamiento, se insiste en reanimar en los momentos críticos, supliendo las carencias biológicas, para posponer una muerte que se sabe inevitable. Los muertos aplazados siempre han existido, al contrario que un cierto tipo de muertos vivientes que son consecuencia de la tecnología.

Salvo en los casos de accidente violento, la muerte suele ser degenerativa y se inscribe en un proceso temporal de lenta y progresiva degradación de las funciones vitales. Sin embargo, gracias al avance de la ciencia, las intervenciones que hace algunos años parecían milagrosas hoy suelen ser procesos médicos banales.

Al tratarse de un proceso continuo, subsiste la idea de que la ciencia es una fuente inagotable de milagros que permite lo imposible, la intervención se convierte en el llamado ensañamiento terapéutico, aunque esta sea una forma vacía, puesto que la realidad de un tratamiento se mide por la esperanza de curación o alivio, y sólo bajo la visión deformada de los médicos puede padecer un gesto terapéutico.

Las intervenciones agresivas se justifican por el mero hecho de ser posibles y se acaban considerando aceptables.

Acaso alguien ha renunciado a la esperanza de curación aunque dependa de la magia o de un milagro, por tanto, en el combate perpetuo, pero también perpetuamente perdido, de la medicina contra la muerte, la técnica se utiliza en función de su mera disponibilidad.

Las técnicas que mantienen artificialmente la vida fueron concebidas al principio para paliar los efectos de una patología y comprar tiempo mientras se aplicaba una intervención terapéutica reparadora. Por una extraña paradoja, al banalizarse su acceso, estas técnicas sirven hoy para prolongar la agonía y vender tiempo a la muerte. Una vez aplicadas, encuentran su justificación diaria en su propia existencia y perpetúan el continuo que lleva a la muerte.

De este modo, el medio se convierte en un fin en sí. Los valores humanos fundamentales del enfermo quedan completamente ocultos.

La técnica ya no se usa en función de los intereses del individuo, ya no está a su servicio, lo domina y encuentra su legitimidad en su existencia misma, deja de encaramarse en el ser humano para convertirlo en un instrumento.

Sin embargo, pensándolo bien, no se debe culpar a la medicina ni a la tecnología. De hecho, no son más que simples instrumentos sociales y por ello un reflejo más o menos fiel de la sociedad en la que se insertan y que los condiciona, hay que remitirse pues a los valores culturales y sociales.

Es demasiado simple endosar a los médicos esta responsabilidad, la culpa es más bien de la cultura y la sociología de la muerte que han cambiado profundamente, debemos replantearnos a las actitudes frente a la finalidad humana y el concepto que de ella han elaborado nuestras sociedades occidentales de finales del siglo XX.

El malestar procede más bien del rechazo de la sociedad actual a admitir la inutilidad y la permanencia de la realidad de la muerte, porque nunca en la historia de la humanidad había estado tan en contradicción con los valores socioculturales modernos.

El enfermo terminal y el anciano constituyen las dos principales categorías que causan este malestar, esta situación causa además la mayoría de debates sobre la eutanasia pasiva, en el ensañamiento terapéutico y la interrupción del tratamiento.

En efecto, es el principal detonante de la paradoja antes descrita: hoy en día, la tecnociencia permite prolongar la vida de personas que de otro modo habrían fallecido de muerte natural, sin embargo, las contrapartidas de la tecnología tienen a veces un costo muy elevado.

Prolongar los sufrimientos y la angustia, causar crisis en el seno de las familias, sin olvidar el aumento de los costos hospitalarios. ¿ hasta cuándo vale la pena tratar a quien la medicina ya no puede ayudar?, ¿ Cuando el paciente es incapaz de decidir por sí mismo si hay que prolongar o no el tratamiento, no es más humano ahorrar a sus seres queridos el trauma que supone tomar esta decisión?. Acaso no es socialmente injusto ver los hospitales abarrotados de ancianos que nunca acaban de morir, mientras personas esperan una intervención terapéutica que les devolverá pronto la salud".

Algunos médicos han sostenido que es permisible administrar morfina en cantidad tal que pueda conducir a la muerte a través de una depresión respiratoria, siempre que la intención del doctor sea aliviar el dolor y el sufrimiento, aunque cualquier médico experto sabe que es muy probable que una dosis tan alta de morfina provoque o acelere la muerte.

"La opinión popular reacciona y defiende los derechos del moribundo. Tolera la expropiación pero no la ruptura total, por una extraña paradoja, esa muerte que hay que vencer, combatir y conquistar se transforma, a la luz del fracaso, en una muerte reivindicada ante los intentos de obstaculizarla. Se reclama entonces el derecho a morir con dignidad; a la muerte natural, a los testamentos de vida y a la eutanasia, se condena el ensañamiento terapéutico, la creación de instituciones y unidades de cuidados paliativos.

Desesperada y desorientada, la mente humana se rebela ante el fenómeno de una muerte medicalizada, institucionalizada, tecnificada y expropiada hasta el punto de desvalorizar y abandonar al ser humano.

El moderno concepto de muerte natural confirma pues el fracaso de la racionalidad vinculada por ciencia, la reivindicación de dicho concepto muestra a contraluz los límites de la tecnociencia y denuncia su inhumanidad.

La reflexión ética y filosófica recuerda incisivamente una vez más que las principales que las principales dificultades no provienen de la ciencia o de la tecnología en sí mismas, sino más bien de la pérdida de sentido de la persona, de la otra persona y del otro en la persona. Por tanto, para devolver un sentido de la muerte debemos aún familiarizarnos con la alteridad, que constituye la verdadera base de la humanidad⁸.

5.1.6.1 Actitudes ante la muerte.

Para Horacio Hinich, "Fuera de los momentos graves en que los hombres nos enfrentamos a enfermedades graves o sufrimientos físicos extremos, mientras vivimos las horas de cada día, tenemos la convicción profunda de que nosotros, en verdad, moriremos.

Esta convicción sólo llega a nuestras conciencias cuando sufrimos la experiencia directa de la muerte. Sólo entonces siento yo la muerte en el corazón de mi propia existencia cuando, al participar en la muerte de personas que, junto conmigo, han constituido un nosotros, se despierta en mí el sentimiento de mi propia disminución, es entonces cuando en verdad tomo dentro de mí el hecho de que, como dice John Donne, toda muerte de un hombre me disminuye, y que, por ello, cuando tañen las campanas, tañen por mí".

Encontramos personas que han estado cerca de morir, por diferentes causas, las cuales presentan inquietudes, malestar, se retraen de su miedo y viven siempre con ansiedad, atentos a cualquier indicio de que vuelva la amenaza de muerte, o algunas personas por lo contrario toman decisiones opuestas y se muestran alegres y despreocupados y algunos se atreven a contar su experiencia de muerte como una aventura.

"La actitud del hombre ante la muerte ha cambiado en función del espacio y el tiempo. En la Grecia clásica, por ejemplo, los filósofos estoicos, si bien no creían en la inmortalidad, veían en la muerte una puerta hacia la libertad, todo aquel que encontrase su vida digna, desagradable, patética, estaba en libertad de ponerle fin.

El hombre seguiría siendo inconquistable en tanto que esa puerta permaneciera abierta y su más fiel aliada, la muerte, no lo abandonasen.

La lección de los estoicos ofrecían al hombre era que esperasen poco del más allá, pero que no temiesen a la vida. Séneca decía: La esclavitud pierde su amargura cuando, con un solo paso, puedo alcanzar la libertad, tengo, contra todos los dolores y heridas de la vida, el refugio de la muerte.

Durante la Edad Media, por influencia del cristianismo, cambió la actitud del hombre hacia la muerte. La meta no fue ya morir con nobleza al final de la vida sino preparar el alma, durante la vida entera, para su travesía hacia el otro mundo.

⁸ Jean Louis Bandevin, Danielle Blondeau, La ética de la muerte y el derecho a morir, Editorial Herber Barcelona, última edición 1995, pag 31-73.

Se despreciaba la vida terrenal, de este valle de lágrimas, lleno de miseria y manchado de pecado, urgía que los hombres se preparasen para su muerte, por que ello fijaría de manera inalterable su eterna existencia en el más allá.

El fecho de muerte era el gran campo de batalla en el cual el espíritu diabólico desencadenaba su ataque final en contra del alma; Volviéndose de importancia suprema el aprender a morir con propiedad, sagradamente, obedeciendo las reglas explícitas.

Había que morir de buena gana y con alegría y, una vez hecha la confesión de sus pecados y fijada la mente en ejemplos de fe incommovibles.

En el Renacimiento vuelve a adquirir importancia el mundo terrenal, la muerte es el clímax, el último acto de la vida, así, en las tragedias de Shakespeare, sus héroes continúan expresando su carácter mientras traspasan el umbral de la muerte.

El hombre acepta la muerte y se enfrenta a ella de manera igual a como había enfrentado a la vida.

Como dice Octavio Paz:

Es un hecho desagradable, un hecho que pone en tela de juicio todas nuestras concepciones y el sentido mismo de nuestra vida y por eso la filosofía del progreso pretende escamotearnos su presencia.

En el mundo moderno todo funciona como si la muerte no existiera, nadie cuenta con ella, todo la suprime las prédicas, los políticos, los anuncios de los comerciales, la moral pública, las costumbres, la alegría a bajo precio y la salud al alcance de todos que nos ofrecen hospitales, farmacias y campos deportivos.

El problema de la muerte se ha convertido en tabú, usamos insinuaciones. Damos al cadáver la apariencia de un hombre que duerme, simplemente. Hemos convertido a la muerte en un acto solitario, mecánico, deshumanizado. Para los antiguos mexicanos y seguimos acotando a Paz:

La oposición entre muerte y vida no era tan absoluta como para nosotros, la vida se prolongaba en la muerte y a la inversa.

La muerte no era el fin natural de la vida, sino fase de un ciclo infinito, vida, muerte y resurrección eran estadios de un proceso cósmico que se repetía insaciable.

La vida no tenía función más alta que desembocar en la muerte, su contrario y complemento; y la muerte a su vez, no era un fin en sí, el hombre alimentaba con su muerte la voracidad de la vida, siempre insatisfecha. El sacrificio poseía un doble objeto: por una parte, el hombre accedía al proceso creador (pagando a los dioses, simultáneamente, la deuda contraída por la especie); por otra parte, alimentaba la vida cósmica y la social, que se nutría de la primera.

Observa Octavio Paz que:

El rasgo más característico de la concepción indígena de la muerte es el sentido impreciso del sacrificio. Del mismo modo que su vida no les pertenecía, su muerte carecía de todo propósito personal. Los muertos desaparecían al cabo de algún tiempo, ya para volver al país indiferenciado de las sombras, ya para fundirse al aire, la tierra, el fuego, la sustancia animadora del universo.

Religión y destino regían la vida del mexicano antiguo, como moral y libertad presiden la nuestra.

Su vida y muerte estaban determinadas por los dioses, mientras que para los cristianos la muerte es un tránsito, un salto mortal entre dos vidas, la temporal y la ultraterrena, para los aztecas era la manera más honda de participar en la continua regeneración de las fuerzas creadoras, siempre en peligro de extinguirse si no se les proveía de sangre, alimento sagrado.

¿Y para el mexicano actual? Para él, como hombre occidental, la muerte ha perdido toda significación. Ha dejado de ser un tránsito, acceso a otra vida.

Pero, hace notar Octavio Paz, que la intrascendencia de la muerte no nos lleve a eliminarla de nuestra vida diaria, como lo hace el habitante de Nueva York, París o Londres, es quien la muerte es palabra que jamás se pronuncia porque quema los labios.

El mexicano la frecuente, la burla, la acaricia, duerme con ella, la festeja, es uno de sus juguetes favoritos y su amor más permanente. Ciertamente, en su actitud hay quizá tanto miedo como en la de los otros, pero, al menos, no se esconde ni la esconde, la contempla cara a cara con impaciencia, desdén o ironía: "si me han de matar mañana, que me maten de una vez"⁹.

El Dr. Arturo García Herrera, "argumenta que a la muerte se le teme, sólo que en lugar de aceptar esta verdad se la niega, el encuentro con la muerte se evita.

Proceder de otra manera sería ir en contra del instinto de conservación. Sin embargo, es curioso observar como el hombre se ofrenda en aras de sus ideales, de entidades abstractas, lo cual indica que el instinto de conservación puede ser modificado por la educación.

La muerte puede dejar de constituir una pesadilla, el temor a la misma puede ser erradicado, el alcanzar tal meta exige interiorizarse en los fundamentos de este temor.

El temor a la muerte se debe al temor a lo desconocido, especialmente si no se acepta la existencia de un más allá. Obedece además, al dolor, al malestar, a la agonía que se sabe acompaña a la muerte.

⁹ Horacio Jinich, El paciente y su médico, Editorial manual moderno, segunda edición 2002. pag 142-148.

Es debido a la terrible soledad que se presiente, seguirá a la muerte, a la sensación de estar ante una entidad extraña, absolutamente desconocida.

Asociado al temor, se encuentra una intensa resistencia a abandonar el presente, a dejar a los seres queridos, el hogar, perder la sensación inquietante, entusiasta de vivir.

Allá en lo recóndito de la conciencia, el hombre combina su temor a la muerte con su anhelo de vivir, aprisionar la vida, y se produce una reacción, reacción que lleva a negar la muerte, de tal manera que se puede negar la vulnerabilidad humana.

Y esta negación se lleva a cabo escondiendo a la muerte. Se dice en elegantes o al menos nítidos funerales, que el occiso duerme, que ha partido, que se ha adelantado.

Se evita charlar sobre ella en un titánico esfuerzo por olvidar su inevitable encuentro.

Por siglos se ha incurrido en el tremendo error de temer a la muerte, a los niños se les niega el derecho de ver o hablar sobre la muerte, el que asistan a un funeral está fuera de toda discusión, el adulto al esforzarse porque el niño no conozca la muerte, aumenta sólo su propia ansiedad y angustia ante ella.

El efecto de tal actitud sobre los niños es difícil de estimar, sin embargo, la lógica indica que dicho temor inculcado en la infancia, se refleja en su vida adulta como una evasión, se evade a la muerte, se evade al moribundo¹⁰.

El médico debe de mitigar el dolor y el sufrimiento para que el tránsito de la muerte sea plácido y fácil, esta solución necesita de una actitud comunicativa que surge de la misión clásico del médico, es decir realizar el amparo terapéutico de la vida del ser humano a él confiado, de allí la clave para la comprensión a atender al enfermo y no tan sólo al enfermo, es decir que el médico debe encontrarse en condición de diagnosticar non tan sólo la enfermedad sino al hombre.

El hombre enfermo debe familiarizar su vida hasta entonces con acontecer que le es imposible eludir, al cual tiene que quitarle el contenido trágico que los distintos mitos le asignaron, tanto la enfermedad como la muerte deben quedar incorporadas a su existencia

5.1.6.2 Como se muere hoy.

Para Jean Louis Bandovin, "La medicina y la tecnología son considerados agentes de transformación de la muerte, ya que han modificado las reglas y el contexto del morir, se les imputa pues la responsabilidad y la paternidad objetivas de esta nueva situación, olvidando que la tecnología no existe sin poder y que no es más que un simple intermediario cuya finalidad es permanecer al servicio del hombre. En efecto, su poder

¹⁰ Dr. Arturo García Herrera, Quien debe morir, Editores Costa- Amic, Mex. 20 de Nov de 1976, pag 117-118.

sólo existe en relación al ser humano, los abusos se cometen sólo cuando la ciencia pierde de vista sus objetivos, acapara el protagonismo y olvida que quien manda es el hombre y no a la inversa.

La deshumanización y despersonalización de la muerte son desgraciadamente una realidad de nuestra sociedad moderna. Este doble problema no reside sin embargo en la tecnociencia, por mucho que este relacionado con ella, esta mucho más presente en el uso que la sociedad le reconoce y en el valor que le da a la muerte.

La tecnociencia no funciona en un sistema abstracto, cerrado y autosuficiente, no constituye una mónada, una universalidad, un universo en sí misma. Vive, progresa y se desarrolla dentro de un arco social, cultural, jurídico y ético que le sirve de conciencia.

El problema reside más bien en que la ciencia es incapaz de proponer tanto las referencias para su uso y desarrollo, como los límites de su poder, que hoy se considera ilimitado.

La ciencia no es conciencia; No puede serlo, en cambio, le convendría admitir que una mayor ilustración ética beneficiaría al conjunto del género humano.

La ciencia debe asumir que estar al servicio del ser humano no significa ocupar su lugar, ni sobre todo, decidir en su lugar, ocultar la presencia del ser humano contribuye a una pérdida radical del sentido de la vida y la muerte.

La pérdida de sentido acompaña a la tecnologización de la muerte y se refleja concretamente en la creación de nuevas categorías de moribundos. Además se inscribe entre los fenómenos que contribuyen a objetivar la muerte y a convertirla en extraña, hoy en día se tiende a expulsar literalmente a la muerte del mundo de los vivos¹¹.

Para J. Estape, "la moderna sociedad occidental ha cambiado la orientación religiosa de la vida y la muerte hacia una perspectiva dominada por los valores científicos, comerciales y de interés, el proceso de la muerte ha sufrido mucho cambios y se ha desplazado progresivamente desde el hogar y la familia y los centros hospitalarios.

El importante desarrollo tecnológico en el campo biomédico está intentando cambiar, en algunos sectores, la definición de la muerte, como fenómeno sobrenatural hacia el de un proceso natural capaz de ser controlado por el hombre.

La versión contemporánea de esto es una preocupación casi obsesiva por la prolongación de la vida individual por todos los medios posibles incluidos los excesos más temerarios de la tecnología médica u aún con la congelación de cuerpos para su futura resurrección.

¹¹ Jean Louis Bandovin, Danielle Blondeau, La ética de la muerte y el derecho a morir, Editorial Herber Barcelona, última edición 1995, pag 36, 37, 42-43.

La sociedad tecnológica sólo muestra interés en el aquí y el ahora, y en la vida individual considerada en sí misma, desvinculada de su lugar en la familia o en el grupo social.

El desarrollo tecnológico ha crecido en proporción inversa a la fe y a las creencias religiosas, al perder la esperanza en una existencia futura, consagramos todo nuestro ingenio a prolongar la vida cuanto sea posible¹².

Horacio Hinich, "nos dice que en las escuelas de medicina, no se enseña al estudiante a atender ni ayudar al enfermo próximo a morir, el interés se concentra en las ciencias básicas y en los problemas generales de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.

Una vez más la preocupación del personal se enfoca al diagnóstico, al manejo terapéutico, a lo que el enfermo tiene como caso aprovechable para la enseñanza a su utilidad como material de investigación clínica.

El enfermo grave llega al hospital y, una vez estando en cama, es víctima de un enjambre de técnicos de laboratorio y gabinete, de enfermeras y de médicos demasiado ocupados para poder prestarle atención personal.

Si resulta ser un caso interesante será visitado por médicos curiosos que lo harán sufrir maniobras clínicas e instrumentales sin cuartel y sin piedad, probablemente el enfermo verá sufrir y morir a su alrededor a otros seres humanos que se encuentren en situación similar a la de él.

Habrán limitaciones en el horario de visitas de familiares y amigos, ha dejado de ser una persona para convertirse en una cosa. Si protesta se le aplicarán sedantes y analgésicos, un conjunto de sondas, agujas, cánulas y monitores constituirán su medio ambiente, el resultado de todo esto, para el médico se inicia su vida profesional, es que a menudo se encuentra mal preparado para enfrentarse con interés, comprensión y humanismo al enfermo grave, próximo a morir¹³.

Sería ideal saber de antemano cuál es el grado de preparación que tiene el enfermo para saber la verdad, algunos piden una larga explicación científica otros la quieren oír brevemente u otros más no desean oír hablar del asunto, si el médico ha tenido contactos con el enfermo en el pasado, pueden tener una idea más clara ya que la forma de reaccionar del enfermo es en función de su personalidad, es decir que reporta los mecanismos de defensa que ya utilizó en otras ocasiones cuando se tuvo que enfrentar a situaciones estresantes, es importante subrayar que nuestra capacidad para ayudar al enfermo próximo a morir depende en buena parte de nuestra capacidad para encararnos a nuestra propia muerte.

¹² J. Estapé, I. Burgos Pérez, Ediciones Doyma S.A., 1991, pag 175.

¹³ Horacio Jinich, El paciente y su médico, Editorial manual moderno, segunda edición 2002, pag 142.

La muerte forma parte inseparable de la vida del hombre y es una utopía pretender olvidarla o relajarla, se esta creando una nueva conciencia, en numerosos sectores, de que es necesario asumir nuevas actitudes sociales ante el hecho de la muerte, hay que evitar ocultar la muerte, hay que devolverle su lugar en la vida, como el nacimiento, la muerte forma parte de los acontecimientos naturales.

La aceptación de la muerte y su reinserción en la vida social facilitan la formación social de todos los que deben afrontarla.

5.1.6.3 Suicidio asistido.

El concepto que nos ofrece el Dr. Arturo Garcia Herrera, "es que la palabra suicidio, viene de las voces latinas: sui: a sí mismo y caedere: matarse. "Es el acto de destruirse o dañarse a sí mismo.

El distorsionado concepto de la muerte que priva en la sociedad occidental ha sepultado los elementos lógicos que sustentan el acto del suicidio.

Históricamente, el suicidio ha sido aclamado y despreciado, buscado y temido, dependiendo de la moral y tradición de cada sociedad. En nuestra sociedad el suicidio se encuentra vinculado a la culpa, a la cobardía, al deshonor y a la debilidad.

El suicidio, como la muerte, aterroriza a los miembros de dicha sociedad, de tal manera, que no se razona y se apela a juicios comunes pre-establecidos, el suicidio es un crimen terrible contra sí mismo y contra la sociedad, obviamente que es un refugio para personas desequilibradas.

El suicidio ha sido contemplado, como un medio para librarse del dolor que acompaña la etapa terminal de ciertos padecimientos o para evitar la agonía causada por una dolorosa herida, desde tiempo inmemorial"¹⁴.

El Dr. Arturo Garcia, "nos dice que cuando tengamos una duda razonable acerca de la autonomía del paciente, será necesario hacer una evaluación de la competencia de modo objetivo, individualizado y preciso, la cuestión se complica mucho más cuando, en virtud de su autonomía, el paciente demanda una eutanasia activa, directa y voluntaria o, con otros matices, un suicidio asistido.

En el suicidio asistido se entiende que el médico proporciona al paciente competente los medios suficientes (especialmente medicamentos letales) para que pueda llevar a cabo el suicidio, el paciente es, en última instancia, el agente directo de la acción".

Es comprensible que si hay que designar a un grupo concreto para llevar a cabo los pasos autorizados en las leyes propuestas sobre el auxilio al suicidio, se elija a los médicos, estos están obligados a comportarse de acuerdo con los criterios de su

¹⁴ Dr. Arturo Garcia Herrera, Quien debe morir, Editores B. Costa -Amic, Mex., 20 de Nov de 1976, pag 91.

profesión y están formados para mantener una objetividad mayor que los familiares, en relación con las personas que sufren, es comprensible que los médicos rechacen este papel, aunque muchos profesionales de la salud se niegan a ver el sufrimiento de los pacientes moribundos, todos reconocen la angustia de los enfermos que piden un alivio a su mal.

"Podemos postular la hipótesis de que no hay diferencias significativas, basándonos fundamentalmente en la no especificación de las alteraciones psicológicas y psiquiátricas de estos pacientes con respecto a otras enfermedades de pronóstico fatal, en estos momentos.

Varios autores coinciden en que probablemente se da más frecuentemente en los primeros estadios del desarrollo de la infección, siendo algunos de los factores predisponentes, el conocimiento de amigos muertos de Sida, es interesante destacar como considerar el estigma social severo y el abandono del apoyo familiar como los dos factores más relevantes que incrementan el riesgo de suicidio.

Nuestra experiencia diaria dice de un buen número de ideaciones suicidas y de algún intento con fuertes componentes histéricos, más bien como llamada de atención ante situaciones que generaban un aumento considerable de ansiedad reactiva, en la mayoría de los casos, cuando detectábamos y ayudábamos a resolver las demandas secundarias latentes, encubiertas, desaparecían las ideaciones y los intentos.

Es posible que sólo la consideración de eutanasia como mera posibilidad contribuya a aumentar un cierto sentido de control, aunque no se actuara según esa consideración, mantener la sensación de control de aspectos importantes de tu vida es esencial para la percepción de una buena calidad de vida, especialmente en estas situaciones límites.

Las respuestas de las personas con Sida en este estudio sugieren la decisión de planear una muerte asistida, tenía poco que ver con el rechazo de cuidados paliativos o con dificultad para acceder a servicios médicos calificados, parecía más bien tener que ver con el deseo de tener control sobre la muerte de uno mismo, un deseo de morir de un modo consistente con las creencias morales y valores de uno y no necesariamente con los de los cuidadores.

Parece, por tanto, que puede haber razones de peso, relacionados con la experiencia personal más significativa e íntima de cada uno, que pueden llevar a un planteamiento de suicidio o incluso de petición de suicidio o eutanasia¹⁵.

Para Eduardo Garcia, "desde hace ya algunos años se sabe que determinadas enfermedades médicas, especialmente las enfermedades terminales, se asocian con un elevado riesgo de suicidio.

¹⁵ Salvador Urraca, Eutanasia Hoy, Editorial Noesis, pag 99-107.

Algunos suicidios de personas sin sida, parecían relacionarse en parte con la muerte temprana de la pareja a causa del sida, esta predisposición hacia el suicidio en ciertos individuos durante la fase de duelo pudiera explicarse por el miedo que sienten al contraer la misma enfermedad terminal.

Los pacientes con sida y sus familiares constituyen uno de los grupos que con más frecuencia realizan peticiones de eutanasia y de asistencia al suicidio¹⁶.

La marginalidad y el rechazo social son a menudo los principales factores generadores de psicopatología en estos enfermos.

“Los tres diagnósticos más frecuentes fueron cáncer, enfermedades neurológicas y sida, desde el punto de vista psiquiátrico, importa conocer que la mayor de las demandas se realizan por la existencia de sentimientos y pensamientos depresivos más que por los síntomas físicos existentes, también es interesante saber que, a pesar de la ilegalidad de la ayuda al suicidio en el medio donde se realizó el estudio, existe un porcentaje importante de médicos que realizan las prescripciones en el sentido solicitado por sus pacientes terminales”¹⁶.

El problema ético se resumirá hoy en saber si las personas que viven una vida peor que la muerte pueden poner término a sus sufrimientos con el suicidio y si, en el caso de que se encuentren imposibilitadas para realizarlas por sí mismas, pueden pedir, especialmente a los médicos, en lugar de los parientes u otras personas, que den fin a su vida, ayudar a otro a quitarse la vida puede ser un acto de beneficencia o de maleficencia, será beneficencia cuando el paciente pida y desee esa ayuda, por el contrario será maleficencia cuando se quite la vida de otra persona o se le ayude a morir por motivos interesados, económicos, familiares y sociales.

Creo que se debe reconocer algo al ser humano, ese derecho de reconocerle la posibilidad de disponer de su propia vida en situaciones especiales simplemente por la dignidad que éste puede tener, el reconocerle a un ser humano la posibilidad de que hacer con su vida es respetar la humanidad del otro, es el respeto de la libertad y de la vida propia y esto nos podría ayudar a definir lo que es la dignidad humana.

5.1.6.4 Autodeterminación.

Arnoldo Kraus “argumenta, que es lo que le preocupa más al enfermo terminal: morir, perder la autonomía, sentir resquebrajada la dignidad o padecer el dolor, la respuesta definitiva varía, cada individuo es diferente y cada quien controla sus temores distintos.

Los pacientes terminales, paralelamente a la agonía del adiós, suelen desgajarse más por las heridas a su autonomía y a su dignidad, no en balde al evocar la vida como totalidad, Séneca, en *Epistulae ad Lucilium*, escribió: así como seleccionaré mi barco cuando vaya a realizar un viaje, o mi casa donde me proponga residir, así escogeré mi muerte cuando esté a punto de abandonar la vida, recontextualizar a Séneca es fácil, los hechos críticos

¹⁶ Eduardo García Camba, *Psiquiatría y Sida*, Editorial Masson. S.A. 1998. pag 57-82.

en la vida, exigen decisión para que así se perciban en dignidad, no puede uno respetarse olvidando que autonomía y dignidad son parte cimental del esqueleto del alma.

Cuando emerge la pregunta, es necesario la eutanasia, la respuesta debe abarcar dos ámbitos, el del individuo y el que agrupa a la comunidad médica y a la sociedad.

Es común escuchar que la eutanasia es innecesaria porque siempre hay dos vías para ayudar al enfermo terminal, se habla de analgésicos potentes, equipos médicos sofisticados, movimientos de hospicio y, sobre todo, de la santidad de la vida, lo anterior presupone que todo enfermo podrá fenecer en condiciones óptimas, las cuales son difíciles de definir.

Para quien se consigue la muerte serena, para la profesión médica, la familia o el moribundo, la respuesta deseable es que sea para este último, los primeros son parte del escenario, para ellos la muerte está presente a través del otro.

Son incontables los casos en que la ciencia puede menos que el mal y la sociedad más que la familia o el personal médico. De hecho, enfermos que entran en fases terminales, pero que contaron con tiempo suficiente para cavilar respecto al final, han explicado en entrevistas, que uno de los mayores temores es la pérdida de la dignidad, dependencia, atropello de la individualidad, incontinencia, imposibilidad para alimentarse y asearse, dificultad para moverse e incluso voltearse, desfiguración del físico y pérdida de la voz son algunas de las constantes que afligen y abochornan a los enfermos. La soledad cumple sin duda un papel similar¹⁷.

El Dr. Mauricio Pacheco, "nos expone el Principio de Beneficencia; El profesional debe hacer todo lo que este en su mano para mejorar la salud del paciente, pero siempre teniendo en cuenta lo que el paciente considere adecuado, este principio se han basado todos los códigos éticos desde Hipócrates hasta nuestros días.

Principio de Autonomía; Se entiende como tal la capacidad del hombre de actuar con conocimiento y libertad, supone el respeto de las opiniones y las elecciones de los pacientes, para desarrollar la buena y la libre elección, es necesario una correcta información de las posibles alternativas terapéuticas (consentimiento informado), los límites a este principio le vienen fundamentalmente del principio de justicia, el bien común hace necesario poner límites a la libertad de elección de los pacientes.

Principio de Justicia; Se basa en dar a cada uno lo que es suyo, este principio vela por la imparcialidad en la distribución de los beneficios y los riesgos.

Modelos éticos; Aunque la bioética trata siempre de permanecer cerca de las situaciones concretas, las teorías éticas siempre están presentes en las discusiones y en las soluciones que se apuntan, podemos distinguir cuatro teorías principales.

¹⁷ Arnoldo Kraus, Asunción Alvarez, La Eutanasia, Tercer Milenio, Primera Edición 1998, pag 32.

El modelo liberal-radical, donde se defiende la libertad como un valor único y absoluto.

El utilitarista, donde la moralidad depende de las circunstancias y de la situación, en definitiva, el fin justifica los medios y esta basada en la relación coste-beneficio.

El modelo sociobiológico, según este modelo, la vida y la sociedad están sujetos a la evolución biológica y sociológica y los valores morales deben también modificarse de modo evolutivo, todo lo que esté a favor de este progreso evolutivo está bien y lo que comprometa el equilibrio está mal.

El personalista; donde la persona es el valor supremo y no puede ser usada como objeto.

El principio de autonomía, también denominado de autodeterminación o gobierno propio, proclama que se debe contar con la opinión del paciente a la hora de tomar decisiones. El paciente emitirá su opinión en base a sus creencias personales y a la información que reciba del profesional, aquí se involucran el consentimiento informado y el deber de informar verazmente.

El principio de autonomía limita el principio de beneficencia en el sentido de que el profesional, a pesar de estar llevado por su buen quehacer, no puede sin más realizar sus actos diagnósticos o terapéuticos tal como le indique su creencia y su conciencia, sino que debe contar con el beneplácito del paciente para su realización.

Algunos de los elementos que contempla el principio de autonomía son los siguientes:

La libertad de elección de médico y centro hospitalario, puesto que la confianza mutua entre profesional y paciente es condición necesaria para la eficacia.

El médico respetará las convicciones del enfermo o allegados y se abstendrá de imponerle las propias.

El médico actuará siempre con corrección, respetando con delicadeza la intimidad del paciente.

Este punto contempla desde no invadir la privacidad de modo morboso preguntando en la anamnesis detalles que no incumben al diagnóstico hasta, tal como contempla el Juramento Hipocrático, respetar el cuerpo del paciente, que permite su examen en la exploración física con fines diagnósticos.

Los pacientes tienen derecho a recibir información sobre el diagnóstico, pronóstico y posibilidades terapéuticas de su enfermedad; y el médico debe esforzarse en facilitársela con las palabras adecuadas. De forma que el paciente pueda optar entre rechazar el tratamiento ofertado o decidir entre varias alternativas.

Consentimiento informado; Se entiende por consentimiento informado el permitir una cosa, conceder que se haga o existencia de conformidad de voluntad entre dos partes, en este caso del paciente y del profesional sanitario que, previamente, ha informado a aquel de todas las posibilidades que implican esa decisión.

El consentimiento del paciente debe contemplar los siguientes elementos:

Capacidad: es la aptitud para realizar actos con trascendencia jurídica. Se presume que la poseen los mayores de edad (18 años en nuestra legislación) y puede estar restringida, como en caso de enfermos mentales, o anulada, como en situaciones de anestesia o coma.

Titularidad: el que consiente debe ser el titular del bien o del derecho de que se pretende disponer con los actos.

Libertad: para que las voluntades se manifiesten adecuadamente es preciso que exista libertad por ambas partes y libertad que puede estar restringida por la intimidación, coacción, etc.

Objeto: es el bien disponible sobre el que recae la acción de los sujetos.

Causa del consentimiento: es lo que se quiere conseguir, el objeto que se persigue con la realización del acto.

Forma del consentimiento: puede ser tácito, oral o escrito.

Tiempo del consentimiento: debe coincidir con el momento de la acción, lo que en el caso de la Odontología se refiere al período de estudio y tratamiento de un determinado proceso patológico, no siendo válido el consentimiento dado en una ocasión determinada para actos que vayan a efectuarse bastante tiempo después.

El consentimiento no se requiere en casos de urgencia ni en aquellas circunstancias en las que la no intervención lleva consigo un riesgo para la salud pública.

Existe cierta discrepancia respecto a quien debe solicitar el consentimiento. Si bien se suele pensar que debe ser el especialista que realiza cada acto diagnóstico o terapéutico, algunos opinan que quizá debiera ser el médico de cabecera, pues tiene una visión más global de la situación del paciente.

El formato del consentimiento no debe ser ni muy general, de forma que sea firmar una especie de cheque en blanco, ni excesivamente concreto, de forma que busque más la defensa del profesional que la información del paciente.

Es muy importante que el texto o la información se hagan en un lenguaje claro y comprensible para el paciente.

En el caso de los menores de edad o disminuidos psíquicos, será el responsable legal quien otorgue consentimiento.

Principio de justicia, La Justicia es la necesidad de respetar y dar a cada uno lo suyo.

Fundamento; Se encuentra en la condición de persona propia del hombre.

El punto de partida está en el (ser personas) que confiere, la capacidad y necesidad de dominio sobre las cosas y en la dimensión social del ser humano que le permite establecer relaciones. Este punto de partida de la noción de Justicia no estaría, en cambio, en la apreciación de conflictos de intereses entre los hombres, ni en el

descubrimiento de la necesidad de un orden social, ni tampoco en la existencia de un poder social que debe ser encauzado.

Virtud y Acto.

La Justicia es la virtud de darle a cada uno lo que le pertenezca. La permanente y constante voluntad de atribuirle a cada uno su derecho. El Acto de Justicia, sería un acto segundo. Anterior a él, estaría el Acto de Atribución (acto primero), que confiere el título del derecho. Lo primero es reconocer el derecho, así el Derecho es el Objeto de la Justicia.

Hay derechos que son propios, independientes y anteriores a todo reconocimiento social, por el hecho de ser personas y tener dominio sobre las cosas. Hay teorías que dicen que la sociedad es fuente de todos los derechos. Estas teorías conducen a la negación del valor intrínseco de la persona humana, y le dan un papel secundario frente a la sociedad.

Abordar la dignidad de la persona humana es el núcleo central de la bioética cuando trata temas con relación a la persona humana. Nuestra cultura ha ido descubriendo paulatinamente la importancia la persona y su dignidad. Por ejemplo, el concepto de persona tiene una gran relevancia jurídica. Por eso el Derecho se apoya en la persona para la legislación positiva a cerca de los derechos fundamentales, los principios jurídicos conocidos como derechos humanos.

La ciencia del derecho desarrolla las implicaciones jurídicas del carácter personal del hombre, y edifica sobre ellas la seguridad de la vida social. Y es que la fuente última de la dignidad del hombre es su condición de persona.

El respeto hacia la persona requiere el cuidado de ésta como un todo desde su dimensión física y psíquica.

Las características de ser persona son:

La intimidad que indica un conocimiento que sólo ella conoce y la capacidad de manifestar y comunicar su intimidad.

Su radical libertad nos indica otra característica fundamental de la persona, que es dueña de sus actos, y por tanto responsable de éstos.

Capacidad de donación, entrando en relación con los demás a través de su intimidad, dando y dialogando. Una persona sola no existe como persona, porque ni siquiera llegaría a reconocerse como a sí misma como tal. El conocimiento de la propia identidad, la conciencia de uno mismo, sólo se alcanza mediante el concurso de otros, de aquí la naturaleza social del ser humano.

La persona humana es irrepetible y única, porque es un alguien; no es sólo un qué, sino un quién. La persona responde la pregunta ¿quién eres?, responde siempre y en todo lugar con un nombre: es única e irrepetible"¹⁸.

Retomando el principio de autonomía supone el reconocimiento de la libre decisión individual sobre el propio destino personal y el principio de la dignidad, en lo que se supone el respeto hacia el ser humano, sobre todo en relación a la proximidad de la muerte, sin que esto signifique generalizar, se pueden solucionar situaciones concretas, como es suprimir tratamientos inútiles a quien no tiene esperanza alguna de seguir viviendo.

5.7 Dignidad del paciente.

Cada persona es la única juez de la dignidad de su vida, el ser humano forma parte de un tejido familiar y social y la dignidad de su vida también le concierne a quienes le rodean.

Respecto a la dignidad tendrá su expresión no sólo en como se vive, sino en como se muere, en la manera y forma de morir, si se vive dignamente conduciendo la vida por el camino que se considera apropiado, también se deseará morir dignamente eligiendo el momento, modo y lugar de su muerte, los enfermos o los pacientes terminales, reclaman un derecho a morir sin sufrimiento, sin dolor.

Para Ana Maria Marcos de Cano, "La aceptación de la idea de la dignidad humana ha conseguido un grado de universalidad de la que han gozado pocas ideas o valores a lo largo de la historia, si en algo parece haber consenso generalizado, es en la afirmación de que la dignidad es un rasgo inherente de toda persona humana y que ese rasgo diferencia al hombre de cualquier otro ser vivo, de tal modo que la dignidad ha sido siempre uno de los baluartes que han presidido todo tipo de luchas del individuo contra cualquier poder opresor.

Pero que es la dignidad , lejos de nuestra intención el ahondar con profundidad en esta cuestión, sin embargo, es primordial extraer su trascendencia actual para el tema que nos ocupa.

La dignidad presenta, al menos, dos proyecciones claras, una ética y otra jurídica, a continuación expondremos la caracterización de la misma en uno y otro ámbito, teniendo en cuenta que nos encontramos con que hay una gran dificultad en conocer, en probar con hechos determinados aquello que bien la vulnera, bien la respeta. Existe una idea vaga sobre lo que es o no es indigno.

Sin embargo, se hace difícil la concreción de las situaciones o experiencias que contradicen la esencia de la dignidad. En este sentido, cobran valor las palabras de Larenz cuando afirmaba que determinar en particular que comportamientos lesionan la

¹⁸ Dr. Mauricio Pacheco, Campus de Bellvitge, Universidad de barcelona, pag. Internet. Aceb.org/apuntes/htm.

dignidad de otro es algo que sólo puede esclarecerse en un constante proceso de concreción y, por tanto, con una dimensión temporal.

Desde la perspectiva ética y a grandes rasgos, se puede observar en la literatura sobre el tema dos modos de entender la dignidad.

En primer lugar, algunos autores entienden la dignidad como aquel valor que prescribe tratar a los hombres de acuerdo con sus voliciones y no en relación con otras propiedades sobre las cuales no tienen control.

La dignidad consiste en el respeto de los fines propios e intransferibles que el ser humano tiene y que va cumpliendo sirviéndose de su autonomía. Así, la dignidad se presenta como la característica que reconoce que el hombre es un ser capaz de proponerse objetivos, capaz de cumplirlos por sí mismos y además que el hombre no debe ser un mero medio para fines extraños o ajenos a los suyos propios.

De este modo, prescribe que los hombres deben ser tratados según sus decisiones, intenciones o manifestaciones de consentimiento. Lo que se pretende con la dignidad es que, por un lado, el hombre sea respetado en aquellas decisiones que tome en orden a llevar la vida que él crea conveniente, de acuerdo con su escala de valores y su circunstancia particular, que no sea humillado ni sea objeto de ninguna ofensa o vejación, pero, por otro lado, supone también la afirmación positiva del pleno desarrollo de la personalidad de cada individuo, para ello, necesita un espacio en el que no existan interferencias o impedimentos externos de las posibilidades de actuación propias de cada hombre.

El triunfo de la dignidad lleva, de hecho, a la protección de la autodeterminación de cada hombre que surge de la libre proyección histórica de la razón humana, antes de que una predeterminación dada por la naturaleza de una vez por todas.

En segundo lugar, hay que poner de manifiesto las ideas de otros autores que consideran demasiado restringida esta concepción que acabamos de exponer. Argumentan su posición a que la dignidad, consistiera en tratar a los hombres según sus voliciones, se excluiría del campo de acción de la dignidad a todos aquellos que por distintas razones no cuentan con capacidad para expresar sus deseos.

Parece que el principio de dignidad debería ir más allá del respeto de las voliciones del individuo, debería convertirse en un respeto a la persona en su totalidad, incluyendo también sus manifestaciones y deseos, pero no sólo eso.

Por otra parte, la dignidad no puede ser considerada solamente desde la perspectiva individual, si no queremos caer en un total subjetivismo y relatividad: ciertos tratos considerados degradantes por la mayoría podrían no serlo para una persona determinada o viceversa.

Parece evidente que el concepto de dignidad referido a la persona debe ir más allá. Viene expresado en las palabras de Kant, cuando manifiesta que en el reino de los fines todo

tiene un precio o una dignidad. Aquello que tiene precio puede ser sustituido por algo equivalente, en cambio, lo que se halla por encima de todo precio y, por tanto, no admite nada equivalente, eso tiene una dignidad.

La dignidad, en ese sentido, radicaría en la potencialidad de las cualidades espirituales que definen al ser humano, potencialidad que se encuentra en todo ser biológicamente humano, incluso si por cualquier razón se halla privado de las habilidades correspondientes a un desarrollo psicológico normal.

Sin duda, la afirmación de la dignidad humana implica una determinada concepción del hombre y del mundo, supone el reconocimiento del principio de que todos los individuos humanos, poseen esa dignidad por el simple hecho de ser hombres. Y a su vez, este reconocimiento implica dos consecuencias inmediatas: en primer lugar, la superioridad de los hombres frente a los demás seres u objetos de la naturaleza: animales, plantas y cosas; en segundo lugar y al mismo tiempo, la colocación de todos los hombres en una posición de estricta igualdad esencial.

Por eso, ningún hombre podrá ser objeto de discriminación, ni utilizado como instrumento para el logro de fines que le son ajenos, por muy valiosos que éstos sean.

En este sentido, parece que cualquier hombre, independientemente de sus circunstancias vitales y de comportamiento, será digno, al ir la dignidad íntimamente unida a la naturaleza humana.

Desde el punto de vista jurídico, la dignidad humana es, sin duda, el condicionante más importante de la normatividad jurídica y de ello dan fe diversos textos constitucionales y las declaraciones internacionales de derechos, la idea de la dignidad ha de estar siempre presente a la hora de enjuiciar lo jurídico y sin ella le faltaría el referente ético esencial, que emana del respeto que todo ser humano merece por su mera y simple condición.

Esto hace que la dignidad, si bien se considera ante todo un valor ético, se constituya a nivel jurídico en un primer plano del que deba partir y el cual debe ser respetado por toda construcción jurídica, es el principio inspirador de todo el ordenamiento jurídico, una cláusula general de tutela esencial de la persona.

Como se entiende la dignidad, en este ámbito, es considerada como un dato del mundo actual, como un producto de una serie de convicciones o creencias básicas de los hombres que se ha ido forjando a través de la historia cultural.

La dignidad aparece como idea básica, troncal, desde la cual se ramificarán los demás valores como son la seguridad, la libertad y la igualdad. Sin embargo el principio de dignidad humana es muy difícil de delimitar en cuanto a su contenido e incluso parece reducirse en último término a una simple ficción.

No siempre resulta fácil determinar con precisión en que consiste esa dignidad, cuál es su principio objetivo, parece que hay que convenir en la idea de que aunque la noción de dignidad humana no tiene nada de unívoca, lo que ella hace es indicar dónde se sitúa el

nivel de las cuestiones que cuentan realmente e incide en la aplicación de las normas jurídicas en general y, muy específicamente, en la interpretación y aplicación de los derechos humanos, considerándosela como un principio activo a través del cual es necesario interpretar toda norma de cualquier ordenamiento jurídico.

Actualmente, según la doctrina mayoritaria, la dignidad es el fundamento último que se esgrime en la defensa de los derechos humanos, derechos que existen, no por reconocimiento y decisión de ningún legislador, sino precisamente por el hecho de que el ser humano es un ser digno, en este sentido, es obligada una interpretación articulada y dinámica de los derechos fundamentales, tendente a dotar de contenido y a afirmar la vigencia del valor-guía de la dignidad de la persona.

El hecho de que la dignidad tal como lo entienden estos autores, se constituya como fundamento del ordenamiento jurídico hace que sea indispensable la licitud de la eutanasia, pero sí cabe, en cambio, dentro del concepto de dignidad la legitimación de la supresión de aquellos tratamientos que no hagan sino alargar la vida de un modo artificial, sin ninguna expectativa de mejora en el paciente.

Así lo entiendo Romeo Casabona, quien considera que continuar con el tratamiento cuando ya no exista ninguna posibilidad de recuperación implica una infracción grave al respeto debido a la dignidad humana.

Para los defensores y partidarios de la legislación de la eutanasia, la dignidad posee otro significado completamente distinto al que acabamos de exponer. El derecho a morir con dignidad significa el derecho a elegir el momento, lugar y modo de la propia muerte.

La dignidad humana se configura así en una sola vertiente: frente a terceros, como una opción que debe ser respetada en cuanto forma parte de un plan de vida querido y deseado por la propia persona. Pero, de ahí, no se deducen deberes para con uno mismo. En este sentido, se viene identificando la dignidad con la autonomía o la capacidad de autodeterminación de la persona.

Morir dignamente significa morir racionalmente y en pleno uso de la libertad personal, dueño de las condiciones y con el respeto de los demás hacia la propia voluntad".

El morir dignamente sería entonces el morir libre de dolor, con los analgésicos y tranquilizantes necesarios para el suministro de medicamentos que se requieran contra las incomodidades que se puedan presentar eliminando en lo posible, el sufrimiento de toda índole, siendo respetado y tratado como ser humano.

El morir dignamente es que se respete la dignidad del moribundo, existen procesos de encarnizamiento terapéutico que entran en conflicto con la dignidad de la persona, hay casos en que el paciente anhela de alguna manera la muerte, pero por causa de la intromisión médica, escondiéndose en un deber moral, el paciente debe soportar una degradación tan grande que no la iguala lo terrible que podría ser el camino hacia la muerte, destruyéndose la dignidad de la persona.

Tengo un derecho a disponer de mi propia vida y puedo reivindicar la autonomía como parte integral de la dignidad humana.

“Se afirma que, sea cual sea el contenido sustantivo que atribuyamos a la dignidad, ésta tiene un contenido formal que se resuelve en la libertad de la persona. Esta concepción de la dignidad se basa en la autonomía de las personas y en la negativa a que sean usadas como medios o instrumentos de nada o de nadie.

La dignidad humana se presenta así como soporte legitimador de las reivindicaciones eutanásicas, el verdadero respeto de la dignidad humana implica el respeto a la voluntad humana, incluida la de alcanzar la muerte cuando ya nada puede hacerse por devolver a la vida la calidad a la que todo ser humano tiene derecho”¹⁹.

Cuando hablamos de dignidad humana, el Dr. Mauricio Pacheco, “nos argumenta que hablamos de un valor intrínseco y personal que le corresponde al hombre en razón de su ser, nunca basada en rendimientos externos, ni por fines distintos de sí mismo.

El término digno hace referencia a lo que es estimado o considerado por sí mismo, no como derivado de algo. Por tanto la dignidad que abordamos en este tema se fundamenta en la dignidad intrínseca del ser humano y en la noción de ser fin en sí mismo; esta dignidad atribuida a la persona por su pertenencia al género humano se convierte en fundamento del trato a dar a un semejante, sea autónomo o no, y que implica la no utilización como medio.

El ser humano no puede ser utilizado nunca como medio, es siempre fin en sí mismo. En bioética, esta dignidad se concreta en el principio de respeto y de autonomía del sujeto que es protegida por los convenios internacionales que resguardan a las personas ante posibles abusos como el de la experimentación en ensayos clínicos.

a) Entre todos los seres que pueblan el universo, sólo el hombre puede dirigirse por sí mismo hacia su propia meta.

b) El hombre puede determinar la dirección de toda su existencia.

La palabra libertad puede tener diferentes significados. Puede referirse a la ausencia de restricciones físicas o también de ausencia de presiones y demandas sociales. Pero para la ética el significado de libertad hace referencia a la capacidad por la que las personas pueden dar forma a sus propias vidas a través de sus elecciones: la libertad de autodeterminación.

Las capacidades intelectivas que posee el hombre, su inteligencia y su voluntad, le permiten la elección de las acciones que van a conformar su propia vida. Es este tipo de libertad la que más tiene que ver con las calificaciones éticas de nuestros actos, por la elección y dirección de la acción a realizar, ya que en ella reside una intención. Cuando no existe posibilidad de elección real, no existe autodeterminación y por tanto no hay acción moral basada en la libertad.

¹⁹ Ana María Marcos del Cano, Marcial Pons, La Eutanasia, Ediciones jurídicas y sociales S.A., Madrid 1999, pag 112-116,238-239.

Al iniciar este capítulo se comentaba como en la actualidad la dignidad de la persona humana es centro de las nuevas legislaciones que parten del concepto de persona para legislar positivamente en los ordenamientos jurídicos. Destacaría la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 – que surge ante el exterminio del pueblo judío durante la segunda guerra mundial– donde se recoge, de forma positiva, el reconocimiento de la dignidad intrínseca del ser humano.

Esta declaración dice en su preámbulo: "la libertad, la justicia y la paz del mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos inalienables de todos los miembros de la familia humana (?)". Nos viene a decir que al hombre le corresponde en virtud de su propio ser, por naturaleza: la dignidad ontológica, y en consecuencia intrínseca, así como los derechos y los deberes que le son inherentes.

Tenemos que recordar que los derechos humanos existen y los posee el sujeto independientemente que los reconozca o no el derecho positivo. En el Art.1 dice: "Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros". Toda doctrina o práctica que se asiente en la discriminación, superioridad o inferioridad de unos hombres respecto a otros, es contraria a este principio proclamado en la Declaración"²⁰.

²⁰ Dr. Mauricio Pacheco. Campus de Bellvitge, Universidad de Barcelona, pag. Internet. Aceb.org/apuntes/htm.

CAPITULO VI. LEGISLACIÓN MEXICANA.

6.1 Constitución de los Estados Unidos Mexicanos.

“El Art. 4º, de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, nos dice; El varón y la mujer son iguales ante la Ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

Art. 73º. El Congreso tiene la facultad:

XVI. Para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República.

Art. 14º. A ninguna ley se dará efecto retroactivo en perjuicio de persona alguna.

Nadie podrá ser privado de la vida, de la libertad o de sus propiedades, posesiones o derechos, sino mediante juicio seguido ante los tribunales previamente establecidos, en el que se cumplan las formalidades esenciales del procedimiento y conforme a las leyes expedidas con anterioridad al hecho”¹.

Dado el interés del individuo en que se reconozcan sus derechos y garantías individuales, se debería de reformar el artículo 14 constitucional, tomando en cuenta que la persona puede disponer libremente de su vida, por lo que nadie lo obliga a vivir en contra de su voluntad, deberíamos de pensar en que momento terminan sus derechos, sus decisiones, sus deseos de terminar con una vida que ya no es vida, para estar en posibilidad de legislar sobre la eutanasia.

6.2 Ley General de Salud.

En el Art. 2º. Nos dice, que el derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;

¹ Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, Editorial Alfaro, Edición 2004, pag 15.

- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y

El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Art. 32. Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

Art. 33. Las actividades de atención médica son:

- I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica;
- II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno, y
- III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalidez física o mental.

Art. 50. Para los efectos de esta Ley, se considera usuario de servicios de salud a toda persona que requiera y obtenga los que presten los sectores público, social y privado, en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad se establezcan en esta Ley y demás disposiciones aplicables.

Art. 51. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

Art. 58. La comunidad podrá participar en los servicios de salud de los sectores público, social y privado a través de las siguientes acciones:

- I. Promoción de hábitos de conducta que contribuyan a proteger la salud o a solucionar problemas de salud, e intervención en programas de promoción y mejoramiento de la salud y de prevención de enfermedades y accidentes;
- II. Colaboración en la prevención o tratamiento de problemas ambientales vinculados a la salud;
- III. Incorporación, como auxiliares voluntarios, en la realización de tareas simples de atención médica y asistencia social, y participación en determinadas actividades de operación de los servicios de salud, bajo la dirección y control de las autoridades correspondientes;

- IV. Notificación de la existencia de personas que requieran de servicios de salud, cuando éstas se encuentren impedidas de solicitar auxilio por sí mismas;
- V. Formulación de sugerencias para mejorar los servicios de salud;
- V. bis. Información a las autoridades sanitarias acerca de efectos secundarios y reacciones adversas por el uso de medicamentos y otros insumos para la salud o por el uso, desvío o disposición final de sustancias tóxicas o peligrosas y sus desechos;
- VI. Información a las autoridades competentes de las irregularidades o deficiencias que se adviertan en la prestación de servicios de salud, y
- VII. Otras actividades que coadyuvan a la protección de la salud.

Art. 313. Compete a la Secretaría de Salud ejercer el control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes, células y cadáveres de seres humanos. Al efecto, la Secretaría de Salud tendrá a su cargo el Registro Nacional de Transplantes y al Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea.

Art. 314. Para efectos de este Título, se entiende por:

- I. **Disposición de órganos, tejidos y sus componentes, células y cadáveres de seres humanos:** El conjunto de actividades relativas a la obtención, análisis, conservación, utilización, preparación, suministro y destino final de órganos, tejidos y sus componentes, células y derivados, productos y cadáveres de seres humanos, incluyendo los de preembriones, embriones y fetos, con fines terapéuticos, de docencia o investigación;
- II. **Cadáver:** El cuerpo humano en el que se haya comprobado la pérdida de la vida;
- III. **Células Germinales:** Las células reproductoras masculinas y femeninas capaces de dar origen a un embrión;
- IV. **Preembrión:** El producto de la concepción hasta el término de la segunda semana de gestación;
- V. **Embrión:** El producto de la concepción a partir del inicio de la tercera semana de gestación y hasta el término de la décima segunda semana gestacional;
- VI. **Feto:** El producto de la concepción a partir de la décima tercera semana de edad gestacional, hasta la expulsión del seno materno;
- VII. **Tejido:** Entidad morfológica compuesta por la agrupación de células de la misma naturaleza, ordenadas con regularidad y que desempeñen una misma función;

- VIII. **Órgano:** Entidad morfológica compuesta por la agrupación de tejidos diferentes que concurren al desempeño del mismo trabajo fisiológico;
- IX. **Productos:** Todo tejido o sustancia excretada o expelida por el cuerpo humano como resultante de procesos fisiológicos normales. Serán considerados productos, para efectos de este Título, la placenta y los anexos de la piel, y
- X. **Destino final:** La conservación permanente, inhumación, desintegración e inactivación de órganos, tejidos, células y derivados, productos y cadáveres de seres humanos, incluyendo los de preembriones, embriones y fetos, en condiciones sanitarias permitidas por esta Ley y demás disposiciones aplicables.

Art. 315. Se considerará como disponente originario, para efectos de este Título, a la persona con respecto a su propio cuerpo y los productos del mismo.

Art. 316. Serán disponentes secundarios:

- I. El cónyuge, el concubinario, la concubina, los ascendientes, descendientes y los parientes colaterales hasta el segundo grado del disponente originario;
- II. A falta de los anteriores, la autoridad sanitaria, y
- III. Los demás a quienes esta Ley y otras disposiciones generales aplicables les confieran tal carácter, con las condiciones y requisitos que se señalen en las mismas.

Art. 317. Para la certificación de la pérdida de la vida deberá comprobarse previamente la existencia de los siguientes signos de muerte:

- I. La ausencia completa y permanente de conciencia;
- II. La ausencia permanente de respiración espontánea;
- III. La falta de percepción y respuesta a los estímulos externos;
- IV. La ausencia de los reflejos de los pares craneales y de los reflejos medulares;
- V. La atonía de todos los músculos;
- VI. El término de la regulación fisiológica de la temperatura corporal;
- VII. El paro cardíaco irreversible, y

Las demás que establezca el reglamento correspondiente.

Art. 324. Para efectuar la toma de órganos y tejidos se requiere el consentimiento expreso y por escrito del disponente originario, libre de coacción física o moral, otorgado ante notario o en documento expedido ante dos testigos idóneos y con las demás formalidades que al efecto señalen las disposiciones aplicables.

Tratándose de sangre, componentes sanguíneos y células progenitoras hematopoyéticas, (de origen), bastará el simple consentimiento por escrito del donante.

El disponente originario podrá revocar el consentimiento en cualquier momento y sin responsabilidad de su parte.

Art. 325. Cuando el disponente originario no haya otorgado su consentimiento en vida para la utilización de órganos, tejidos y sus componentes de su cadáver, se requerirá el consentimiento o autorización de los disponentes a que se refiere el artículo 316 de esta Ley; excepto cuando la autoridad competente, de conformidad con la Ley, ordene la necropsia, en cuyo caso la toma de órganos, tejidos y sus componentes no requerirá de autorización o consentimiento alguno.

Las disposiciones reglamentarias señalarán los requisitos a que se sujetará la obtención de órganos y tejidos en los casos a que se refiere este artículo.

Art. 326. No será válido el consentimiento otorgado por:

- I. Menores de edad;
- II. Incapaces, o
- III. Personas que por cualquier circunstancia no puedan expresarlo libremente.

Art. 328. Las personas privadas de su libertad podrán otorgar su consentimiento para la utilización de sus órganos y tejidos con fines terapéuticos, solamente cuando el receptor sea cónyuge, concubinario, concubina o familiar del disponente originario de que se trate².

Uno de nuestros mayores bienes es el control que poseemos sobre nuestras vidas, en relación con la salud, ejercemos este control diariamente sobre nuestro futuro tomando decisiones que dan forma a nuestra vida y afectan su calidad, me parece normal que así sea, se trata de nuestra vida y es asunto nuestro como la vivimos y que hacemos con ella.

Damos por hecho que nuestra capacidad para garantizar nuestras decisiones se pongan en práctica, en relación con la salud, actuamos de distintos modos que se reflejan en nuestras determinaciones sobre como queremos vivir, sin embargo, cuando somos víctimas de una grave enfermedad, resulta más difícil de controlar el curso de nuestra vida, interviene otras personas en nuestro cuidado y podemos perder la capacidad de garantizar que las decisiones que tomamos se pongan en práctica, por eso algunas personas quieren tomar la decisión de dejar de vivir la vida a la que la enfermedad los ha condenado y se busca una decisión digna, y por lo tanto resulta natural que recurran a

² Ley General de Salud, Edición 2004.

solicitar la ayuda de su médico, esta petición de ayuda para morir suponen una responsabilidad moral para los médicos que se suscita en una preocupación pública cada vez mayor y que se tiene que hacer algo al respecto, los médicos que conocen del estado en que se encuentra el paciente son los mejores candidatos a tomar una decisión de ayudar a morir con las debidas precauciones para tener la seriedad que se requiere, para atender a estas solicitudes de ayuda a morir.

6.3 Código Civil Federal.

Art. 22. La capacidad jurídica de las personas físicas se adquiere por el nacimiento y se pierde por la muerte; pero desde el momento en que un individuo es concebido, entra bajo la protección de la ley y se le tiene por nacido para los efectos declarados en el presente código.

Art.23. La minoría de edad, el estado de interdicción y demás incapacidades establecidas por la ley, son restricciones a la personalidad jurídica que no deben menoscabar la dignidad de la persona ni atentar contra la integridad de la familia; pero los incapaces pueden ejercitar sus derechos o contraer obligaciones por medio de sus representantes.

Art. 24. El mayor de edad tiene la facultad de disponer libremente de su persona y de sus bienes, salvo las limitaciones que establece la ley.

Art. 118. En el acta de fallecimiento se asentaran los datos que el juez del registro civil requiera o la declaración que se le haga, y será firmada por dos testigos, prefiriéndose para el caso, los parientes si los hay, o los vecinos.

Art.119. el acta de fallecimiento contendrá:

I.- El nombre, apellido, edad, ocupación y domicilio que tuvo el difunto;

II.- El estado civil de este, y si era casado o viudo, el nombre y apellido de su conyuge;

III.- Los nombres, apellidos, edad, ocupación y domicilio de los testigos, y si fueren parientes, el grado en que lo sean;

IV.- Los nombres de los padres del difunto si se supieren;

V.- La clase de enfermedad que determino la muerte y especificadamente el lugar en que se sepulte el cadáver;

VI.- La hora de la muerte, si se supiere, y todos los informes que se hagan en caso de muerte violenta.

Art.120. Los que habiten la casa en que ocurra el fallecimiento; los directores o administradores de los establecimientos de reclusión, hospitales, colegios o cualquier otra casa de comunidad, los huéspedes de los hoteles, mesones o las casas de vecindad tienen obligación de dar aviso al juez del registro civil, dentro de las veinticuatro horas siguientes del fallecimiento y en caso de incumplimiento se sancionaran con una multa de quinientos a cinco mil pesos.

Art. 121. Si el fallecimiento ocurriera en un lugar o población en donde no exista oficina del registro civil, la autoridad municipal extenderá la constancia respectiva que remitirá al juez del registro civil que corresponda, para que levante el acta correspondiente³.

6.4 Código Penal Federal.

Se debe de contemplar una nueva tipificación en el Código Penal, de un delito nuevo con tratamiento diferente al del homicidio, que permita el perdón judicial, que actuaría en casos específicos, llamándolo así homicidio por piedad.

"En el art. 302, nos dice que comete el delito de homicidio: el que priva de la vida a otro.

Art. 303.- Para la aplicación de las sanciones que correspondan al que infrinja el artículo anterior, no se tendrá como mortal una lesión, sino cuando se verifiquen las tres circunstancias siguientes:

I.- Que la muerte se deba a las alteraciones causadas por la lesión en el órgano u órganos interesados, alguna de sus consecuencias inmediatas o alguna complicación determinada inevitablemente por la misma lesión y que no pudo combatirse, ya sea por ser incurable, ya por no tenerse al alcance los recursos necesarios;

III.- Que si se encuentra el cadáver del occiso, declaren dos peritos después de hacer la autopsia, cuando esta sea necesaria, que la lesión fue mortal, sujetándose para ello a las reglas contenidas en este artículo, en los dos siguientes y en el código de procedimientos penales.

Cuando el cadáver no se encuentre, o por otro motivo no se haga la autopsia, bastará que los peritos, en vista de los datos que obren en la causa, declaren que la muerte fue resultado de las lesiones inferidas.

Art. 305.- No se tendrá como mortal una lesión, aunque muera el que la recibió: cuando la muerte sea resultado de una causa anterior a la lesión y sobre la cual esta no haya influido, o cuando la lesión se hubiere agravado por causas posteriores, como la aplicación de medicamentos positivamente nocivos, operaciones quirúrgicas desgraciadas, excesos o imprudencias del paciente o de los que lo rodearon.

Art. 307.- Al responsable de cualquier homicidio simple intencional que no tenga prevista una sanción especial en este código, se le impondrán de doce a veinticuatro años de prisión.

Art. 310.- Se impondrá de dos a siete años de prisión, al que en estado de emoción violenta cause homicidio en circunstancias que atenúen su culpabilidad. si lo causado fueren lesiones, la pena será de hasta una tercera parte de la que correspondería por su comisión.

³ Código Civil Federal, Edición 2004.

Art. 312.- El que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, será castigado con la pena de uno a cinco años de prisión; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar el mismo la muerte, la prisión será de cuatro a doce años.

Art. 313.- Si el occiso o suicida fuere menor de edad o padeciere alguna de las formas de enajenación mental, se aplicaran al homicida o instigador las sanciones señaladas al homicidio calificado o a las lesiones calificadas⁴.

El facilitar los medios para el suicidio tras juzgar la justicia y oportunidad de las muertes voluntarias, es algo que daría la oportunidad al enfermo terminal de una muerte digna.

Es comprensible que si hay que designar a un grupo en concreto para llevar a cabo los pasos autorizados en las leyes propuestas sobre el auxilio al suicidio, se elija a los médicos. Estos están obligados a comportarse de acuerdo con los criterios de su profesión y están formados para mantener una objetividad mayor que los familiares en relación con las personas que sufren. Y que con frecuencia están más informados que otros profesionales de la salud sobre la situación de los enfermos, las alternativas al tratamiento y los efectos de las medicaciones.

Se debe despenalizar la eutanasia para los casos de enfermos terminales que así lo deseen, con requisitos específicos, en primer lugar el consentimiento del paciente, el dictamen de dos o tres médicos que corroboren el diagnóstico de que padece una enfermedad terminal e incurable y especificar las condiciones en las que se realizaría la eutanasia.

⁴ Código Penal Federal, Edición 2004.

CAPITULO VII. DERECHO COMPARADO.

7.1 Eutanasia en Bélgica.

Para Victor M. Pérez Valera, "en el último cuarto de siglo, varios países occidentales se han enfrentado al dilema que supone el avance de la tecnología destinada a conservar la vida y los conflictos asociados con el sufrimiento de enfermedades cuyo único alivio es la muerte.

El pasado 16 de mayo del 2002, aprobó una Ley que entro en vigor y que autoriza la eutanasia bajo estrictas condiciones, convirtiéndose en el segundo país en el mundo en despenalizar esa práctica.

Define a la eutanasia como un acto practicado por un tercero, que pone intencionalmente fin a la vida de una persona a petición de ésta y ha sido adoptada con 86 votos a favor, y 51 en contra y 10 abstenciones.

Las condiciones imponen que el paciente debe ser mayor de edad, capaz y consciente en el momento de prestar su petición de que se le practique una eutanasia. Además, debe padecer sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable, que no pueda ser calmado, causado por una afección accidental o patológica incurable, en este sentido es importante destacar el concepto de sufrimiento psíquico y que ampara a los enfermos incurables y no sólo a los terminales.

El médico, que tendrá que cerciorarse que no hay otra solución que la eutanasia y deberá consultarlo con otros dos facultativos antes de practicarla, tiene que dejar pasar por lo menos un mes desde que el paciente hiciera la petición por escrito antes de llevarla a cabo. Una vez realizada, se considerará que el paciente ha fallecido de muerte natural.

Para fortalecer las medidas de control se contempla que cuatro días después de producida la muerte, el médico deberá presentar un documento para su registro a la Comisión Federal de Control y de Evaluación de la aplicación de la ley de la eutanasia, compuesta por 16 miembros, que se encargará de verificar que ha sido efectuada según lo previsto en la ley.

El derecho a la muerte en condiciones dignas.

El Tribunal Constitucional dictaminó que la iniciativa para despenalizar la eutanasia no está en contradicción con el derecho de cada persona a la vida y para ello aludió a la Convención Europea de Derechos Humanos y al Pacto Internacional sobre derechos civiles y políticos para dictaminar que no existe ninguna obligación del Estado de proteger en todas circunstancias la vida de una persona contra la voluntad de ésta.

Es una ley que viene a suplir la ausencia de libertad respecto a un derecho fundamental, la propia muerte.

Una encuesta demostró el año pasado que el 72% de los belgas ésta a favor de la eutanasia y una investigación asegurada que en los hospitales se falsifican con frecuencia las fechas de los decesos, en lo que puede ser el ocultamiento de eutanasias en la sombra sin regulación ni garantías.

7.2 Eutanasia en el Estado de Oregón; Estados Unidos de Norte América.

Uno de los primeros textos legales concernientes a la eutanasia fue propuesto por Miss Ann may en el Parlamento de Ohio en 1906. En el declaraba que toda persona afectada de una enfermedad incurable acompañaba de grandes dolores, puede pedir la reunión de una comisión de cuatro personas, las cuales decidirán sobre la oportunidad de poner fin a esta vida dolorosa, el proyecto fue aceptado en la primera lectura, sin embargo, fue rechazado en la jurisdicción superior. Por primera vez, en los tiempos modernos, la eutanasia había recibido, por algún tiempo, una consagración legal.

Unos meses después, por iniciativa del Dr. Gregory, se presentó otro proyecto similar en el parlamento de Iowa, en este documento se proponía la muerte mediante anestesia a los enfermos incurables y se extendían los beneficios de la eutanasia al os niños malformados e idiotas.

Ambas propuestas fueron determinantemente rechazadas por el Congreso de Washington.

En 1947 fue presentado a la Asamblea de Nueva York el siguiente proyecto: Todo individuo sano de espíritu, no menor de 21 años, afectado por una enfermedad muy dolorosa incurable, y que de acuerdo a los conocimientos médicos actuales no tenga esperanza de curación, es libre de hacerse administrar la eutanasia.

Un poco después en el Estado de Wisconsin se presento un proyecto bastante moderado y razonable, que más que de eutanasia, podría catalogarse como adistanasia, sin embargo también fue rechazado. El proyecto decía: Toda persona afectada por alguna enfermedad incurable y que padezca graves dolores y angustias tendrá derecho a morir con dignidad y rechazar o negarse al uso o aplicación, ya sea por médicos, practicantes o cualquier otra persona, de remedios destinados a prolongar su vida.

Con la legalización del aborto por la Suprema Corte de los Estados Unidos el 22 de enero de 1973, muchos defensores de la eutanasia cobraron nuevo bríos en su empeño por legalizarla. Hasta 1975 se habían presentado recientemente peticiones formales de legalización en 13 Estados de la Unión Americana: Iowa, Oregón, Pennsylvania, Virginia, Rhode island, Massachussets, Maryland, Illinois, Idaho, Florida, Hawaii, Delaware y Montana¹.

¹ Victor M. Pérez Valera, Eutanasia, Piedad o delito, Editorial Jus S.A. de C.V., Primera Edición, Talleres de 1989, pag 109-113.

Salvador Urraca martinez, "no dice que en el Estado de Oregon, se pretendía que se legalizará exclusivamente el suicidio asistido de los enfermos terminales, algunos biotecnistas importantes expresaron públicamente sus serias dudas acerca de su conveniencia, pero fue aprobada en referéndum en Noviembre de 1994. Ya ha sido impugnada por distintas organizaciones civiles y religiosas para evitar que se ponga en marcha..

El texto de la iniciativa de Oregon debe mucho, tanto en su contenido, como en el hecho de haber sido aprobada, al Dr. Quill. Los planteamientos sobre el suicidio asistido del Dr. Quill han tenido bastante buena acogida, tanto entre los ciudadanos como entre los biotecnistas y sanitarios norteamericanos, y han influido de manera importante en la redacción del texto de Oregon.

En principio, podría parecer que la eutanasia ha perdido claramente frente al suicidio asistido, y dentro de éste terreno, pero las cosas no son quizás tan sencillas, la Hemlock Society ya ha dicho que la legalización del suicidio asistido es sólo el primer paso.

Estos autores afirman que lo decisivo en la evaluación ética y legal son precisamente los rigurosos criterios de control de los actos de muerte asistida y que la distinción entre eutanasia y suicidio asistido es poco relevante. De hecho afirman que es injusto tratar de legalizar sólo el suicidio asistido y abandonar a su suerte a aquellos pacientes tetraplégicos, que no puedan acabar con su vida por sí mismos².

La experiencia de ayuda al suicidio en Oregon, en este Estado la Death with Dignity Act, permite desde octubre de 1997 la asistencia médica al suicidio, esta Ley admite que los médicos puedan recetar una dosis letal de medicamentos aquellos enfermos terminales (pronóstico de seis meses de vida) que no padezcan ninguna alteración mental y lo soliciten por escrito en varias ocasiones.

El estudio se centra en pacientes para los que se prescribieron medicamentos letales o que murieron después de ingerirlos, es decir, enfermos que recibieron ayuda al suicidio.

Los autores analizan datos de la asistencia al suicidio desde octubre de 1997 según la experiencia práctica del 65 % de los médicos que ejercen en Oregon y que fueron los que contestaron una encuesta, de los 144 médicos que contestaron y que recibieron de las 221 peticiones de ayuda para morir, los autores recibieron la información de 165, que son los casos que analizan.

Los problemas a los que se enfrentaron los médicos son la falta de preparación, la dificultad de obtener fármacos que provocaran la muerte, conseguir una segunda opinión de otro médico sobre el estado del paciente y la dificultad de comprender cuales son los requisitos que exige la Ley.

El 26 de febrero de 1998, la Comisión de Servicios de Salud de Oregon (Oregon Health Services Commission) votó por margen de 10 a 1 a favor de que se añadiese el suicidio asistido a la lista de tratamientos de prioridad que se le proporciona a los pacientes que

² Salvador Urraca Martínez, Eutanasia Hoy, Editorial Noesis, Colección Humanidades, Madrid 1996, pag 251.

reciben ayuda económica del gobierno para el cuidado de su salud (Medicaid) bajo el Plan de Salud de Oregon (Oregon Health Plan).

Esto implica que se otorgarán fondos para el suministro de fármacos letales como parte integral del "cuidado para el confort". Dicho "cuidado" ocupa el lugar número 260 en una lista de 745 servicios prioritarios.

A pesar de que la ley federal (es decir, a nivel nacional) prohíbe el uso de los fondos del Medicaid para el suicidio asistido y para gastos relacionados con él, así como para cualquier conjunto de beneficios que lo incluya, la Comisión dijo que podría integrar la práctica de este crimen en su plan de salud, siempre y cuando dicho "servicio" sea pagado solamente con fondos del Estado de Oregon³.

7.3 Eutanasia en Gran Bretaña (Inglaterra).

Para Salvador Urraca, "Todavía no se extinguía la eutanasia nazi que había resonado en el Juicio de Nuremberg, cuando en 1950 en Inglaterra se debatía en la Cámara de los Lores una nueva moción a favor de la eutanasia, como la anterior proposición, ésta provenía también de los pares miembros de la profesión médica, en esta ocasión la propuesta fue rechazada sin ser votada.

En cambio, en este mismo año 1950, la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial aprobaba una resolución en la que exhortaba a todos sus miembros a condenar la práctica de la eutanasia en cualquier circunstancia, sin embargo, dos años después, un grupo de científicos, médicos y clérigos británicos y norteamericanos solicitaba a las Naciones Unidas una enmienda de la Declaración de los Derechos Humanos, en la que se concediera a los enfermos incurables derecho a la eutanasia voluntaria, tan sólo se obtuvieron 2513 firmas.

No obstante estos fracasos, por estos años surge un nuevo y prominente impulsor del movimiento eutanásico inglés, el profesor Gianville Williams, poseedor de un brillante currículo en el campo jurídico, con su ponencia a la Sociedad Eutanásica, en la reunión anual de 1955, marca una nueva era en el debate eutanásico, analiza con sutileza y finura las fallas de las anteriores proposiciones legislativas y sugiere una vía de compromiso.

Víctor M. Pérez Valera, Eutanasia, Piedad o delito, Editorial Jus S.A. de C.V., Primera Edición, Talleres de 1989

Durante mucho tiempo el Common Law inglés consideró el suicidio como delito hasta que, en 1961, la Suicide Act estableció que la norma jurídica por la que se consideraba delito el suicidio se declaraba derogado y consiguientemente, la calificación del suicidio como felony.

La propia Ley fija, sin embargo, como delito ayudar, aconsejar, facilitar o instigar a otros al suicidio.

³ www.diariomédico.com/asesor/terminales, pag 2.

Respecto del acuerdo entre dos personas en el que ambas se suicidaban a un tiempo o una mataba a la otra y después se suicidaban, si una de ellas sobrevivía, era considerable culpable de asesinato, pero a partir de la Homicide Act de 1957 sólo sería acusada de intentional manslaughter.

Pero si la persona se da muerte sin ninguna cooperación del otro u otros interviniente en el pacto, el interviniente o supervivientes responderá de complicidad en el suicidio de otro a tenor de las disposiciones de la Suicide Act.

No existe una previsión específica del homicidio consentido en el derecho anglosajón, donde es considerado un caso de intentional manslaughter y no de murder, del mismo modo que el llamado mercy killing, homicidio por piedad.

En 1936 y 1969 se presentaron proyectos de ley sobre eutanasia voluntaria, en el último de ellos, presentado por la Cámara de los Lores, se establecía la posibilidad de solicitar la eutanasia por escrito en caso de enfermedad física grave e incurable, causante de un sufrimiento insoportable, pero fue rechazado del mismo modo que otro proyecto análogo presentado en 1973.

En febrero de 1993, la Cámara de los Lores autorizó la no prolongación del tratamiento mecánico que mantenía en situación de vida vegetativa a Tony Bland, joven de 21 años que había resultado prácticamente aplastado por una avalancha de público en el estadio de fútbol de Hillsborough⁴.

7.4 Eutanasia en Holanda.

Para Ana Maria Marcos del Cano, "es definido por la Comisión Gubernamental Holandesa en eutanasia (1985) como una terminación deliberada de la vida de un individuo a la demanda de ese individuo, por otro, o en práctica médica, la terminación activa y deliberada de la vida de un paciente, en la demanda de ese paciente, por un doctor.

No se proseguirán doctores si ellos han reunido los requisitos substantivos publicados por la Asociación Médica holandesa real en 1984, también confirmado por decisiones judiciales.

El paciente hace una demanda voluntaria.

La demanda debe ser considerada bien.

El deseo para la muerte es durable.

El paciente está en sufrimiento inaceptable.

⁴ Salvador Urraca Martínez, Eutanasia Hoy, Editorial Noesis, Colección Humanidades, Madrid 1996, pag 111.

El médico ha consultado a un colega que está de acuerdo con el curso propuesto de acción.

Notificación.

La Asociación Médica holandesa real y el Ministerio de Justicia en 1990 estaban de acuerdo en un procedimiento de la notificación con los elementos siguientes, como consecuencia extendió en regulaciones bajo el Entierro Actúe.

El médico realiza la eutanasia o el suicidio asistido, no admite una declaración de muerte natural, pero informa al examinador médico local de las circunstancias relleno una encuesta extensa.

El examinador médico informa al abogado del distrito.

Regulación jurídica de la eutanasia en Holanda

Decreto del 17 de Diciembre de 1993, que determina el formulario al que hace referencia el art. 10.1 de la Ley para los enterramientos (literalmente la Ley para la disposición de los fallecidos).

Art. I El formulario modelo del informe que ha de ser entregado por el forense municipal al Fiscal, y al que se hace referencia en el art. 10 de la Ley para la disposición de los fallecidos, en relación con la muerte como consecuencia de la terminación de la vida, mediando petición del paciente, a manos de un médico, ayudando a un paciente a quitarse la vida o a la terminación activa de la vida sin petición expresa, se expresará como sigue:

El Fiscal del distrito de

El abajo firmemente,

Forense del municipio, declara no haber proporcionado ningún tipo de consejos o asistencia de tipo médico, quirúrgico o obstétrico durante los últimos dos años :

Apellido, nombres completos, nacido en , habiendo residido en , fallecido en.

Declara que ha examinado personalmente el cuerpo; manifiesta que el médico especialista del fallecido le informó que la muerte había ocurrido como consecuencia de la terminación de la vida a petición, ayudando al paciente a quitarse su propia vida, la terminación activa de la vida sin petición expresa;

Por lo cual ha informado al registrador de nacimientos, muertes y matrimonios del modo en que se indica en el art. 14 de la Ley para la disposición de los fallecidos.

Declara que ha recibido un informe del médico especialista que contiene una lista razonada y completa de los puntos, a los que hace referencia en este anexo, y que forma parte del Decreto.

Manifiesta que ha verificado los extremos contenidos en el informe antes dicho y que su opinión respecto al informe es la siguiente.

Manifiesta, a la luz del informe antes dicho emitido por el médico especialista, que no está convencido de que la muerte se debió a causas naturales.

Manifiesta que ha recibido la declaración de voluntad por escrito a la que se hace referencia en el II, A, 3 y II, B, 3 del apéndice de este decreto. (fecha, firma).

Según el art. 6 (11) de la Ley para los enterramientos al forense no podrá, en lo que sea relevante, actuar como tal si ha proporcionado al fallecido, consejos y asistencia de tipo médico, quirúrgico u obstétrico en los últimos dos años y si él y aquel estuviesen casados o están o estuvieron emparentados por consanguinidad o afinidad hasta el tercer grado.

Art. 2 El modelo de informe que el forense municipal ha de entregar al Fiscal y al que se hace referencia en el art. 10 de la Ley para los enterramientos, en relación con la muerte como resultado de una causa diferente a la que se hace referencia en el art. 1, se expresará de la siguiente manera:

Al Fiscal del Distrito de:

El que se suscribe, forense municipal de, declara que el no ha proporcionado consejos ni asistencia médica, quirúrgica u obstétrica en los últimos dos años a:

Apellidos, nombres completos, nacido en habiendo residido en , muerte el

Residiendo en , que dio a la luz el, en , a un hijo/a, nacido muerto.

Declara que ha examinado personalmente el cuerpo, manifiesta que no está convencido de que la muerte se produjera por causas naturales.

Por lo cual ha informado al registrador d nacimientos. muertes, matrimonios del modo en que viene referido en el artículo. 14 de la Ley para la posición de los Fallecidos.

Características especiales, fecha firma.

Según el artículo 6. (1) de la Ley para los enterramientos, el forense no podrá actuar como tal si ha proporcionado al fallecido o a la madre del niño nacido muerto, consejos o asistencia de tipo médico, quirúrgico u obstétrico en los últimos dos años y si él y aquel/ aquella están o estuvieron casados o están o estuvieron emparentados por consanguinidad o afinidad hasta el tercer grado.

Art. 3 Este decreto entrará en vigor en el momento que se determine por Real Decreto.

Se ordenará que este decreto y la memoria explicativa que la acompaña sean publicados en el boletín (Staatsblad).

El ministro de justicia, el secretario de Estado para el bienestar y los asuntos sanitarios y culturales.

Cuestionario para el médico especialista relativo a la notificación al forense municipal de la muerte como resultado de la terminación de la vida mediando petición, ayudando al paciente a quitarse su vida o la terminación activa de la vida sin petición expresa, al que se refiere el artículo 1.

En caso de poner fin a la vida mediando petición, asistencia a un paciente para que se quite su propia vida o la terminación activa de la vida sin petición expresa por parte del paciente, debe proporcionar al forense municipal un informe razonado y completo, por escrito, en base al siguiente cuestionario y al historial del paciente.

Esta notificación no menoscabará la fuerza de los artículos 287, 289, 293 y 294 del Código Penal.

Historial del caso.

2. ¿Cuál fue la naturaleza de la enfermedad y cuales fueron los diagnósticos primarios y secundarios relevantes?
3. ¿ Cuando se realizó (o se realizaron) estos diagnósticos?
4. ¿ Que clase de intervención médica (p.ej. drogas, terapéutica o quirúrgica se produjo?
5. ¿ Quienes fueron los médicos especialistas, donde se puede contactar con ellos y cuales fueron sus diagnósticos y pronósticos.
6. ¿El sufrimiento del paciente era tan grave como para que el paciente lo considerara insoportable?

En que consistía el sufrimiento.

En que sentido se trataba de un sufrimiento intratable e incurable

Sobre que bases se asumió que la condición más reciente del paciente, desde un punto de vista médico, llevaría a una agravación del sufrimiento ya de por sí insoportable, como resultado de lo cual el paciente ya no podría morir con dignidad.

Dentro de que plazo de tiempo cifraba que el paciente hubiera muerto si no se hubiere terminado su vida siguiendo su petición, asistencia al paciente para quitarse su vida o una terminación activa de la vida sin petición expresa por parte del paciente.

Existían posibilidades para hacer más soportable el sufrimiento del paciente y, en su caso, discutió éstas con el paciente.

Que opinión le merecían estas al paciente.

Petición para poner fin a la vida.

Más soportable el sufrimiento del paciente, para su curación, terminación de la vida a petición del paciente y prestación de asistencia a los pacientes que sufrían un desorden físico que les impedía quitarse la vida por sus propios medios.

Hizo el paciente esta petición libremente, de forma bastante explícita y con unos fundamentos bien reflexionados y permanentes.

Si no vaya a la sección III, terminación activa de la vida sin petición expresa.

Cuando y a quien se hizo la primera petición, cuando y ante quien se reitero la petición.

Hay disponible una declaración de voluntad por escrito, si es así, por favor adjúntela a este informe, si no, por que no existe tal.

Que pruebas existen para demostrar que el paciente era plenamente consiente, a la hora de formular la petición, de las implicaciones de su petición y de su condición física.

Se consultó con los pacientes más cercanos la terminación de la vida.

Existían otras posibilidades (de tipo médico, terapéutico o de otra índole) que hicieran Si es así, que pruebas existen para demostrar que el paciente rechazó estas posibilidades después de una consideración detenida.

Se consultó a los parientes más cercanos acerca de la terminación de la vida.

Si es así, con quien y cuales fueron sus puntos de vista.

Si no por que no.

Terminación activa de la vida sin petición expresa.

Cual era la razón para la ausencia de una petición expresa por parte del paciente a la hora de tomar medidas para poner fin a la vida.

El paciente hizo alguna manifestación (por escrito o verbalmente) en relación con las medidas que ponen fin a la vida.

Si es así, que dijo, cuando lo hizo y a quien.

Si no es así, en que momento se planteó la cuestión de la posible necesidad de tomar la decisión de poner fin a la vida y por quien se planteó.

Que consideraciones complementarias determinaron las decisiones médicas y el momento en que se tomó la decisión.

Se consultó al pariente más cercano a los representantes legales acerca de la vida de la terminación de la vida.

En caso de respuesta afirmativa, con quien y cuales les fueron sus puntos de vista.

En que caso de respuesta negativa, por que no.

Consultas.

Los siguientes puntos son de aplicación tanto a la sección II, petición de poner fin a la vida, y sección III, terminación activa de la vida de la vida sin petición expresa.

Que médicos fueron consultados.

Con que calidad.

Médico general/ especialista/ psiquiatría/ otros.

Cuando vio al paciente el/ los médicos/ consultados.

Donde se puede contactar con el , eila, ellos.
Era, eran co-terapeutas.

Cual, es, son, su/s relación/ es con usted.

Este punto sólo es de aplicación si el paciente sufre un desorden psicológico (ver II-B)

Que siquiabras y/o otras personas familiares con la condición mental del paciente fue/ fueron consultados aparte de el/ los médicos/ referidos en el punto 1.

Cuando vio al paciente este último y como formo su opinión.

Donde se puede contactar con el/ ellos.

Cual/ es/ son su/ relaciones/ es con usted.

A que conclusiones llegó/ llegaron, los médicos/ con respecto a:

La condición del paciente y al momento previsible de la muerte.

Las alteraciones existentes.

El grado en el que la petición del paciente se hizo libremente y fue debidamente considerada y tuvo carácter permanente.

Lista de elementos que deben revisarse

1. Apellido y primer nombre: sexo edad, dirección, estado civil, numero de personas por domicilio, profesión actividades, iglesia, convicciones filosóficas, he conocido a la persona que solicita la asistencia desde:
2. Fecha en que se hizo el diagnóstico, como se hizo el diagnóstico: factores psicológicos, factores sociales.
3. Tratamiento previo, tratamiento actual, posibilidad de seguir tratando, pronóstico con tratamiento, pronóstico sin tratamiento.
4. Es razonablemente imposible la recuperación o mejoría de la situación a un nivel soportable para la persona que solicita la asistencia. Explicación. (médicos especialistas, si es de aplicación).
5. Esta la persona que solicita la asistencia sufriendo de una forma grave y permanentemente.
6. Que pruebas existen de que la decisión para poner fin a la vida ha sido objeto de una detenida consideración y se ha tomado libremente.
7. Se ha formulado por escrito y previamente la decisión tomada por la persona que solicita la asistencia, si es así, por favor, adjunte dicha manifestación a esta lista.
8. Se puede considerar la decisión de carácter permanente, explicación, si es de aplicación.
9. Existe alguna posibilidad de mejorar la situación solicitando asistencia (de cualquier naturaleza), y en tal caso, estas posibilidades se le han sido sugeridas u ofrecidas de hecho.
10. Ha rechazado la persona que solicita la asistencia en alguna ocasión un ofrecimiento de ayuda en el sentido arriba mencionado (ayuda a vivir) (sobre que bases).
11. En el momento de tomar la decisión, la persona que solicitó la ayuda, tenía la capacidad para calibrar su propia situación y cualquiera de las posibles alternativas para mejorarla.
12. La persona que pedía asistencia, era capaz de considerar concienzudamente cualquier alternativa posible y dicha consideración se produjo de hecho.

13. Se vieron implicados terceros en la toma de decisión, o después, apoyaron la decisión, parientes, otras disciplinas, conocidos profesionales.
14. Cuales fueron los resultados de la consulta con uno o más expertos, por favor adjunte cualquier explicación.
15. Quien llevará a cabo la terminación de la vida en sí, y han expresado ya su consentimiento.
16. Se ha discutido de forma previa la ejecución de la decisión y se ha discutido de antemano cualquiera de las alternativas con la persona que solicita la asistencia, fecha y lugar, firma del médico.

Declaración de eutanasia negativa a recibir tratamiento.

Apellido, nombres, nacido el.

Por la declaración de voluntad, expreso al médico y a cualquier otro que esté o llegue a estar involucrado con mi tratamiento médico y cuidados.

1. Es mi voluntad no seguir viviendo y morir de una manera rápida y dulce si, por cualquier causa, mi situación mental o física ha devenido tal que no ofrezca muy poca esperanza de volver a un estado de vida que fuera razonable y digno para mí.
2. Si se da situación, por la presente rechazo todo tipo de tratamiento que tenga por finalidad prolongar mi vida.
3. Si la inaplicación de un (nuevo) tratamiento no tuviera como resultado una muerte rápida y suave, solicito de forma insistente que el médico especialista cause mi muerte administrándome los medios por una muerte dulce o proporcionándomelos para que se tomen bajo su supervisión.
4. En la situación a la que se hace referencia en el 1, esto es, en cualquier caso:

Una situación de sufrimiento grave, intratable y terminal.

Un coma irreversible

Pérdida (casi) total y permanente de mis capacidades mentales o de comunicación o de autosuficiencia.

Humillación inevitable

Cualquier condición de tipo mental o física que yo indique más tarde o que traiga consigo consecuencias que sean obviamente inaceptables para mí.

Confirmación.

Si, en la situación a la que se hace referencia en el 1, todavía soy capaz de expresar mi voluntad, solicito que el médico especialista solicite una confirmación de esta declaración, si no hay que entender esta declaración contiene mi última voluntad.

Transferencia.

En caso de que el médico especialista no pueda, o no quiera cumplir la petición a la que hago referencia en el punto 3, por la presente solicito que de forma inmediata me transfiera a un médico que pueda y quiera hacerlo.

Retirada del deber de confidencialidad.

Si se ha dado respuesta a la petición hecha en el punto 3, y ha comenzado una investigación sobre esta cuestión por la autoridad competente, por la presente revelo al médico especialista de su deber de confidencialidad en relación con mis sufrimientos finales y le autorizo a proporcionar a ello a la autoridad, o que se provea con la información necesaria para la investigación.

Aceptación del riesgo.

He declarado y firmado esta declaración de voluntad tras una detenida consideración libremente, será válida en cualquier momento, acepto de forma consciente el riesgo de que en caso de encontrarme en la situación descrita en el punto 1, no pueda retractarme de mi declaración, a fin de advertir que para mí es un riesgo mayor que pueda continuar viviendo en circunstancias que son inaceptables para mí.

Depósito de la declaración de voluntad.

Una copia de esta declaración de voluntad, firmada por mí, ha sido depositada con mi médico y si hubiera nombrado alguno con mi albacea, anexo a la declaración de eutanasia, negativa de tratamiento.

Por la presente rechazo seguir con todo tratamiento que tenga por objeto prolongar mi vida.

El cumplimiento de dichos requisitos es controlado por el Ministerio Fiscal a la luz de un cuestionario que, además del acta de defunción no natural, deberá rellenar el médico y entregar al forense. Los resultados de este sistema son hasta el momento bastante satisfactorios en los dos años escasos de funcionamiento, pudiendo destacarse dos datos interesantes:

- Parece constatarse un incremento en el número de informes oficiales de casos de eutanasia y un simultáneo decrecimiento en el número de los relativos a suicidios.

Los enfermos terminales a los que, tras solicitarlo, se les garantizó por parte del médico la aplicación de la eutanasia en el momento que decidiesen no prolongar más su proceso irreversible de muerte, vivieron más tiempo del pronosticado y con una mayor tranquilidad de ánimo⁵.

7.5 Eutanasia en Suiza.

Para Salvador Urraca, "argumenta que, como en muchos otros países, el término eutanasia no es utilizado por el Código Penal Suizo, puede deducirse a través de las disposiciones que protegen la vida humana, las conductas calificables en principio como eutanasia activa directa, cuando el autor pretende un acortamiento de la vida, podrían sancionarse como un homicidio simple (art. 111 StGB) con pena de al menos cinco años, aún con consentimiento de la víctima, o como homicidio atenuado, según las circunstancias, ya sea como homicidio pasional, si el autor es presa de una emoción violenta en el momento de la acción, sancionable con prisión de uno a cinco años o reclusión hasta los diez, (art. StGB modificado después de la reforma de la Ley Federal de 23 de junio de 1989, en vigor desde el 1 de enero de 1990) y finalmente, como homicidio a petición de la víctima regulado en forma semejante a la empleada por el legislador alemán en el art 216 StGB hasta la reforma de 1989, que ha añadido una segunda condición más restrictiva, ya que el autor debe haber actuado por un motivo honorable o humanitario, especialmente la piedad.

El artículo 114 del StGB establece que, quien cediendo a un móvil honorable, especialmente la piedad, hubiera dado muerte a una persona a petición seria de la víctima, será sancionado con la pena de prisión.

Por consiguiente, en el homicidio a petición no sólo es necesaria, para la atenuación, la petición seria e insistente por parte de la víctima, sino que además debe haber actuado con móvil humanitario, dado que la existencia del consentimiento de la víctima conlleva un menor contenido de ilícito y culpabilidad, lógicamente, habría que reducir considerablemente la pena, antes de la modificación, se imponía la misma pena en relación al homicidio (habida cuenta que la prisión puede tener una duración de tres días a tres años) dentro de los márgenes concedidos en el arbitrio judicial.

Junto a las situaciones de eutanasia activa directa propiamente son reguladas sobre todo por el art. 114 StGB, en los casos de eutanasia indirecta dirigida a eliminar o paliar el sufrimiento del paciente, aún cuando el médico sea consiente de que puede haber acortamiento de la vida, al no ser la muerte el objeto principal, la acción no será punible.

En cuanto a la eutanasia pasiva, si el enfermo está consiente aún, después de ser debidamente informado por el médico, el paciente tiene derecho absoluto a rechazar el tratamiento, lo cual lo libra al médico de su posición de garante. Si el enfermo esta

⁵ Ana Maria Marcos del Cano, Marcial Pons, La eutanasia, Ediciones jurídicas y sociales S.A., Madrid 1999, pag 283-294.

inconsciente y sin capacidad de discernimiento, el médico debe de respetar la voluntad del paciente. La declaración vital debe ser indiciaria.

En cuanto a los parientes más cercanos, el médico tiene obligación de oírles, pero no está vinculado por sus opiniones y debe obrar en el interés del paciente y teniendo en cuenta la Lex artis y los criterios éticos.

Diversos proyectos tendentes primero al reconocimiento de la eutanasia pasiva y posteriormente, a la legalización de la eutanasia tanto pasiva como activa, tuvieron lugar desde finales de los años setenta.

Puede destacarse la iniciativa del ejecutivo del cantón de Zurich que se encargó de presentar un proyecto para la legalización de la eutanasia activa y pasiva siempre que fuese practicada por un médico y a petición expresa y formalizada de un paciente que sufriese una enfermedad incurable y dolorosa respecto de la cual no existirían esperanzas de curación, tras la presentación de este proyecto en el Parlamento Federal la iniciativa fue rechazada.

Respecto a la eutanasia activa, también en 1993 a iniciativa de la asociación "A propos", se presentó una propuesta para incluir un nuevo párrafo el 115 bis, en el StGB, a fin de poder interrumpir voluntariamente la vida, mediante petición seria e insistente en caso de enfermedad incurable e irreversible, de pronóstico infausto y acompañada de dolores insoportables.

"Posteriormente se han sucedido diversas propuestas, encaminadas unas a la modificación del art. 54 de la Constitución Federal y otras como las ya citadas, dirigidas a la reforma del art. 115 bis del StGB, aún cuando tales propuestas no han tenido efectividad, un importante sector doctrinal se pronuncia en este sentido y considera que la eutanasia activa no debe ser punible siempre que concurren determinadas circunstancias y conductas precisas, teniendo siempre en cuenta la voluntad del paciente y poniendo la decisión y control en manos de comisiones para la interrupción voluntaria de la vida"⁶.

"Suiza permite a personas ajenas a la medicina asistir el suicidio de esos enfermos, siempre y cuando esa ayuda se realice por motivos altruistas. El debate sobre la legalización de la eutanasia, práctica aún no permitida en Suiza, tampoco se asimila a una futura legislación en la que sólo los médicos podrían llevarla a cabo.

"El argumento fundamental que se ha dado para mantener prohibida la eutanasia es que permitir a los médicos practicar eutanasias vulneraría la integridad de la profesión médica. Algunos médicos, de hecho, señalan que existe una diferencia moral importante entre asistir el suicidio de otra persona y provocarle la muerte.

⁶ Salvador Urraca Martínez, Eutanasia Hoy, Editorial Noesis, Colección Humanidades, Madrid 1996, pag 223.

Otros, en cambio, consideran que ambas formas de ayudar a morir forman parte del cuidado que necesitan aquellos enfermos que sufren de manera insoportable. La incompatibilidad entre el *ethos* médico y la práctica de la eutanasia no constituye un argumento definitivo para afirmar que nadie debería llevarla a cabo.

Por otra parte, se ha aducido otro motivo para no restringir estas prácticas a los médicos: el peligro eventual de crear un marco legal en el que una parte de la población sería menos perseguida que otra sólo por formar parte del gremio de la medicina.

Por 120 votos contra 56% el Consejo Nacional (Cámara de Diputados) rechazó este martes una iniciativa del legislador socialista Franco Cavalli, que buscaba suprimir los castigos contra aquellos que aplican la llamada muerte por piedad.

A pesar de los progresos de los cuidados paliativos, siempre hay pacientes moribundos ante los cuales somos incapaces de asegurar un final de vida digna, la medida propuesta por el oncólogo del Tesino, tendría como finalidad específica aplicar la eutanasia activa directa, cuando una persona en sus últimos días de vida sufre de problemas incurables de salud y cuando se actúa para poner fin a sufrimientos insoportables e irremediables.

El artículo 114 del Código Penal sanciona ese género de intervención.

El partido socialista y una minoría de los verdes se pronunciaron por suprimir las zonas oscuras de las prácticas actuales, con frecuencia, los médicos sortean los lineamientos del código penal aplicando a sus pacientes dosis de sedantes cada vez más fuertes, hasta la muerte, esta forma de eutanasia puede generar abusos, destacó Anne Catherine Menetrev de los verdes.

Finalmente la diputación aceptó por 149 votos contra 19 una moción de Guido Zach, tendiente a llenar el vacío legal que rodea la eutanasia activa indirecta (administración de sustancias para reducir los sufrimientos) y pasiva (renuncia a iniciar terapias para prolongar la vida). Actualmente, sólo existen en el renglón de los directivos de la Academia Suiza de las Ciencias Médicas⁷.

⁷ Aceb.org/apuntes.html.

CONCLUSIONES

1.- La eutanasia, esta destinada para entender, el por que se debe tener el consentimiento de la sociedad y entender al paciente que tiene una enfermedad terminal, por lo cual se estudian las consideraciones morales sobre la eutanasia.

2.- Es sumamente conveniente la existencia de una buena comunicación entre paciente y médico, para que este último sea capaz de averiguar que a través, del diálogo con el enfermo cual es la cantidad de información que éste puede tolerar.

3.- Desde el punto de vista de la sociedad, la eutanasia no es más que la técnica de la muerte sin dolor, tiene el derecho de decidir morir dignamente, evitando esa angustia, decidiendo por sí mismo, cual es la mejor decisión para él y para su familia no creando más sufrimiento y desgaste emocional en la que representa más quiebras que ganancias.

4.- Pienso que la carga psicológica, económica y social, que la precaria vida puede suponer para uno mismo y para los demás, la familia responde a los modelos culturales particulares de la comunidad y de la que forma parte, donde cada situación particular y concreta es en relación a la sociedad donde vive.

5.- La solución de debe adoptar la religión católica, es el respecto a los personas que padecen una enfermedad terminal y deciden tener una muerte digna, es no perturbarlo más de si comete o no un pecado, por la determinación que ha tomado, lo que representa para la persona, su fé, su religión, no cambia, con tomar una decisión para no sufrir mas físicamente y querer encontrar esa paz interior, para dignificar su vida.

6.- Es importante que en el proceso de morir, haya una adecuada información, oportuna, soportable y en el momento justo, una información congruente de la enfermedad y los posibles tratamientos para que el paciente, sienta un mejor control de la enfermedad que padece.

7.- Muchos de los sufrimientos se reducirían, si se respetaran los deseos y voluntades de los pacientes.

8.- Siempre y cuando lo desee el paciente, no se modificará su última petición de cómo morir y en que condiciones quiere dejar de existir, entre otras situaciones se dirigen a tratar una enfermedad incurable y progresiva, sin respuesta a un tratamiento específico.

9.- Es importante considerar las necesidades básicas del enfermo terminal y de su familia, algunas de ellas, serian el control del dolor, soporte del sufrimiento, incremento de la autoestima, información adecuada respecto a la intimidad/ privacidad y las aspiraciones o preferencias.

10.- En el suicidio asistido, se entiende que el médico, debería proporcionar al paciente competente, los medios suficientes para llevar a cabo el suicidio, si así lo deseara y fuera permitido.

11.- Se sugiere que en los casos de SIDA, la principal preocupación del médico sea atender las preocupaciones en torno a la pérdida del apoyo y del afecto de los familiares y amigos, que se ven afectados en su aspecto externo.

12.- Mientras más informados estén los médicos de la inoperancia y la desigualdad de los cuidados médicos a los moribundos, aumenta la probabilidad de que estos sufran inútilmente, más se preguntaran en que medida son responsables de facilitarles una muerte apacible.

13.- Es importante que los médicos que tengan que tomar una decisión estén concientes, que cualquiera que sea su decisión afecta tanto la vida como la muerte, algunas veces la decisión no es sencilla, en otras es demasiado compleja, y rara vez habrá de eludir esta responsabilidad, en este sentido de responsabilidad y no la sensación de autoridad, de poder, lo que moldea la actitud del médico.

14.- Es importante saber que el hecho de que la medicina se ha transformado en poder de control social realmente extraordinario, estando todas nuestras vidas reguladas de una forma u otra, por la medicina, desde que nacemos en el hospital hasta que morimos, generalmente en el hospital, fenómeno que presenta aspectos negativos, indeseables, tales como la prolongación de la vida, en unidades de terapia intensiva a cualquier precio, donde el deseo del hombre de combatir a la muerte termina con la expropiación de ésta, con baja calidad de vida y altos costos, hospitalarios, emotivos y emocionales.

15.- Siempre y cuando el paciente lo desee, sugiero que no se prolongue la vida del paciente en unidades de terapia intensiva, ya que es en la mayoría de los casos, una cruel y desacertada prolongación de la agonía de pacientes moribundos, ritualmente internados y sometidos a procedimientos dolorosos y fútiles, para que tan sólo sobrevivan unos días más, a costa de su aislamiento, incomodidades y sufrimientos innecesarios, encarnizamiento terapéutico, convirtiéndose así a las unidades de terapia intensiva en patéticos depósitos de enfermos incurables próximos a la muerte, a la cual así arriban luego de una agonía que creo que no ha sido reconocida, todavía en toda su crueldad, por la cultura médica y por la sociedad en general.

16.- El paciente tiene el derecho a conocer los detalles más importantes de su enfermedad y de así decidirlo tiene el derecho a rechazar el tratamiento terapéutico.

17.- El paciente tiene el derecho a dirigir, manejar, vivir y decidir su propia vida, y morir como le agrade, mientras no dañe a terceros.

18.- Es importante, sin duda alguna, la vida humana, es un bien que la sociedad debe proteger, pero siempre con criterios de equidad y justicia, tratando de ayudar a quien se encuentra en situaciones trágicas que son a veces peores que la muerte.

19.- Se debe tomar en cuenta o aplicarse los mismos principios a un paciente mentalmente capacitado que a otro afectado de muerte cerebral, en estado vegetativo, o en estado grave e irreversible de demencia, tomando en cuenta las diferencias que pueda haber en tomar las decisiones finales de practicarles una eutanasia, por que así lo

decidieron antes de encontrarse con una enfermedad grave o irreversible, protegiendo los derechos de autodeterminación y el bienestar del afectado.

20.- El paciente debe manifestar o reiterar su deseo de que le practiquen la eutanasia, por medio de un testamento que le permita expresar su voluntad sobre las atenciones médicas que desea recibir en caso de padecer una enfermedad incurable o irreversible, que le haya llevado a un estado que le impida expresarse por sí mismo.

21.- Así como se tiene un derecho a vivir dignamente, por que no la creación de un derecho, una legislación que regule el derecho a morir dignamente, tomando en cuenta que no se debe prolongar una vida que ya no es vida, haciendo del paciente un caso clínico más.

BIBLIOGRAFIA

1. Arnoldo kraus, Asunción Álvarez, La eutanasia, editorial Milenio, primera edición 1998.
2. Ayus Mateos, JL y Mc Graw- Hill, Trastornos neuropsiquiatricos del SIDA, Editorial Interamericana, Primera Edición.
3. Bandovín Jean Louis, Danielle Blodeau, La etica de la muerte y el derecho a morir, Editorial Herber Barcelona, Ultima edición 1995.
4. Baqueiro Rojas Edgar, Buen Rostro Baez Rosalía, Derecho de Familia y Sucesiones, Colección textos jurídicos universitarios, Enero 2001.
5. Barthe Emma, Cáncer, Enfrentarse al reto, Ediciones Robinbook S. L. 1997.
6. Biot René, Declée de Brower, Salud Humana, Buenos Aires, 1954.
7. Buendía José, Familia y Psicología de lka salud, Ediciones Pirámide, 1999.
8. Brofman Mario, Como se vive, se muere, Editorial Lugar, Primera Edición, 2000.
9. Calderón Narvaez Guillermo, Depresión, sufrimiento y liberación, Editorial Edamex S.A. de C.V., Segunda edición, 25 de Sep de 1998.
10. Calderón Ortiz, Gestión y estrategia/ No. 14/ Julio a Dic 1998, UAM-A.
11. Canto Ortiz Jesús M. Psicología social e influencia, Ediciones Aljibe 1994.
12. Cooper Cary L. Estres y Cáncer, Ediciones Díaz de Santos S.A., Primera Edición 1986.
13. Cuello calon Eugenio, tres temas penales: el aborto criminal, el problema penal de la eutanasia y el aspecto de la fecundación artificial, editorial Bosch, Barcelona 1955.
14. De Jong Eloisa, Basso Raquel, Paíra Marissa, La familia en los albores del milenio, Editorial Buenos Aires, Primera Edición 2001.
15. Definición de Holanda, definida a su vez por el Comité de ética de la American Medical Association (vid. Council on ethical and judicial affairs-A02 American Association. decisions near the end of life, jama, 1992.
16. Díaz Aranda enrique, del suicidio a la eutanasia, cárdenas editor distribuidor México, reimpresión, 1998.
17. Documento de la S.C. de la doctrina de la fe, No. 10., Declaración sobre la eutanasia de 5 de mayo de 1980, edición a cargo de f. Ramiro Velásquez
18. Estape J., I. Burgos Pérez, Medicina general y Cáncer, Manual Clínico, Ediciones Doyma S.A. 1991.
19. Gafo Javier, La eutanasia y el derecho a morir con dignidad, Editorial Paulinas: Universidad Pontificia Comillas Madrid.
20. Gafo Javier (comp.) La eutanasia y el arte de morir, publicaciones de la universidad pontificia comillas, Madrid, 1990
21. García Camba Eduardo, Psiquiatría y SIDA, Editorial Masson S.A., 1998.
22. Gracia Enrique, Fuster Gonzalo, Psicología Social de la familia, Editorial Paidós, Iberia S.A., Edición 2000.
23. Gherard Carlos, Muerte Cerebral, Revista ecuatoriana de artículos especiales, Volumen 3, Número 1, 2002.
24. Gil L., Una enfermedad ante la muerte, en Alvarez O'connors, Morir con dignidad, Madrid 1976.
25. Hayes Nicky, Psicología, Ediciones Pirámide S.A. 1996.

26. Higuera Gonzalo, Ortotanasia, en Miscelanea de4 Comillas, Número 44, Julio-Diciembre, 1986.
27. Hortelano A., Problemas actuales de moral, la vivencia, el amor y la sexualidad, Editorial Sigueme, Salamanca 1980.
28. Jacques Leciercq, la familia, editorial Herder 1979, Barcelona España,
29. Jiménez de Asua Luis, libertad de amar y derecho a morir. Ensayos de un criminalista sobre eugenesia y eutanasia, 7° ED. Ediciones Depalma, Buenos Aires Argentina 1984.
30. Jinich Horacio, El paciente y su médico, Editorial Manual Moderno, Segunda Edición 2000.
31. Kastembaum Robert, Entre la vida y la muerte, Editorial Herder, Barcelona 1989.
32. Kraus Arnoldo y Álvarez Asunción, la eutanasia, consejo nacional para la cultura y las artes, México 1998.
33. Marcos del Cano, Marcial Pons, Ediciones Jurídicas y sociales, S.A., Madrid 1999.
34. Martín López Enrique, Familia y Sociedad, Instituto de ciencias para la familia.
35. Morselli l'ucciosne pietosa in rapporto a la morale e dall' eugenica. Torino, bocca 1923.
36. Núñez Paz Miguel Angel, Homicidio consentido, eutanasia y derecho a morir con dignidad, Madrid España, Editorial Tecnos 1999.
37. Pando Antonio, Universidad de Navarra, Departamento de Humanidades Biomédicas, 2002.
38. Perez Valera Victor, Eutanasia, Piedad o Delito, Editorial Jus S.A. de C. V., Primera Edición, Talleres de 1989.
39. Paz Octavio, hacia la sociedad abierta, tomo I, editorial espejo de obsidiana, México 1991.
40. Singer, Etica práctica, Segunda Edición, Traducción R. Herrera Bonet, Cambridge University, 1995.
41. Soroa y Pineda, No mataras, Ediciones Fuerza Nueva, Madrid 1973.
42. Sánchez Azcona Jorge, Familia y Sociedad, Tercera Edición, Mayo 1980.
43. Thomas Moro, Utopía, Ediciones Orbis, Barcelona 1984.
44. Thomas Nagel, La muerte en cuestión, fondo de cultura económica, 1981, colección popular.
45. Urraca Martinez Salvador, Eutanasia Hoy, Editorial Noesis, Colección Humanidades, Madrid 1996.
46. Vega G. Javier, Pelegrin Martinez Boza, Cáncer, 2003.
47. Vilagrosa Pilar, Peya Margarita, Paciente Terminal y Muerte, Ediciones Doyma S.A. 1987.

49. www.aceb.org/apuntes.html.

50. www.diariomédico.com/asesor/terminales, pag 2.

51. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Artículo 115º
Ejército Democrático.

52. Ley general de salud, 2003, 2004.

53. Código Civil Federal, Edición 2001.

54. Código Penal Federal, Edición 2001.