

la familia ven el mundo. Es importante saber lo anterior debido a que si se trata de consolar hablándole de Dios sólo se acrecentará su enojo.

3) Enojo hacia cualquiera que trate de ayudar, particularmente médicos y enfermeras; esta reacción se da cuando se culpa a aquella persona que informó la noticia. El pariente o amigo del paciente puede ser fácilmente el blanco del coraje, parece injusto, pero sucede con frecuencia; hay que recordar que ante el enojo y la pregunta por qué a mí, más que un ataque, es un grito de desesperación y dolor al que se debe contestar con paciencia y con amor. Este tipo de enojo es muy complejo debido a que puede alterar la relación médico-paciente o repercutir en relaciones familiares o de amistad.

La rabia o enojo capaz de expresarse sin lastimar, de acompañar sin criticar, de vivir sin dejar atraparse, que va más allá de falsedades y formalidades sociales, es energía que tiene el poder de fortalecer el espíritu y transformarse en sabiduría, si se sabe manejar. Sin embargo, al dejarse invadir u obsesionar por ella se corre el riesgo no sólo de perder, sino destruir lo que se ama.

• **Regateo:** El enfermo, cuando se sabe desahuciado, lo que más desea es que se le prolongue la vida con el menor dolor posible; por lo mismo empieza a diferir los acontecimientos y a regatear con el tiempo. Esto incluye el "vencimiento" impuesto por el mismo enfermo, "vivir hasta la boda de su hijo, llegar a Navidad, un futuro aniversario, aceptar la quimioterapia a cambio de la curación, etc". Por lo que se hacen promesas consigo mismo, prometen cambiar algunos aspectos o comportamientos de su vida, por ejemplo, dejar su mal humor, dejar de beber o puede hacer un pacto con Dios y prometer que si pasa la situación desagradable en que se encuentra, regresará a su vida religiosa.

Promesas cargadas la mayoría de las veces, de sentimientos de culpa por no haber cumplido y actuado de manera diferente. No es fácil definir la culpa, tema muy importante tanatológicamente que se aborda por separado. Sin embargo, el elemento común es la responsabilidad, justificada o no, de que el tiempo se acaba; no existe la posibilidad de corregir los errores cometidos, las oportunidades perdidas, las cosas no dichas, los arreglos no hechos. Es importante que el tanatólogo identifique la fase del regateo para librar al enfermo de sus temores irracionales o inconscientes de castigo si no cumple con lo prometido.

Al afrontar algún tipo de pérdida o la posibilidad del fin de la existencia, aparece el miedo a lo que pueda suceder. En caso de pérdida de la salud se

pierde también la esperanza de una vida larga y sana y puede llegar a la desesperación (pérdida de toda esperanza real). Cuando existen falsas esperanzas, sobre todo en relación con el éxito o fracaso de una enfermedad o al tratamiento que el paciente puede esperar, es cuando se vive la fase del regateo, que no es más que librar una batalla y negociar entre la esperanza y la desesperación.

Debe siempre recordarse que la desesperación no se cura con falsas esperanzas. El problema que enfrentan la familia, los amigos, los médicos y equipo de salud es la tendencia a infundir esperanzas mágicas para tratar de evitar el dolor y la desesperación, sin entender que una vez que desaparece la esperanza pese a todas las negociaciones que se puedan hacer, el dolor es más agudo y la desesperación más profunda.

- **Depresión:** Cuando el enfermo ya no puede continuar negando su enfermedad, ni sosteniendo su rabia, empieza a tener la sensación de gran pérdida de todo lo que tiene y ama, la vida se acaba, esto se traduce en depresión; en este punto, el tanatólogo debe permitir y facilitarle que exprese su dolor para que le sea más fácil llegar a la aceptación final y pueda morir en paz. La depresión, entendida tanatológicamente, es una tristeza profunda, es una depresión exógena (producida por una situación externa, por ejemplo, el caso de fallecimiento de una persona) más que de una depresión endógena (situación en que la persona ya tiene una enfermedad somática, inclusive psicológica o psiquiátrica). Este tema se trata en profundidad en el apartado de Duelo.

- **Aceptación:** Esta fase es el objetivo del tanatólogo, a la que llega el paciente o familiar si se le ha permitido vivir las fases anteriores, expresando todos sus miedos, dolor, llanto, frustración, depresión, miedos y fantasías para llegar finalmente a este momento con paz y dignidad. La aceptación se logra mediante el conocimiento, voluntad y libertad de la persona para entender lo que está sucediendo; es conocer la realidad para poder elaborar un duelo. La resignación es diversa; es un acto de sumisión en donde la persona resignada queda adherida a la pérdida sin llegar a la resolución del duelo, vive con el dolor de lo sucedido por el resto de su vida.

La finalidad del tanatólogo es llevar a sus pacientes a la aceptación con sentido y evitar que permanezcan en la resignación sin sentido; hacer esto es cambiar el por qué, por un para qué. Esto toma tiempo, dolor y paciencia.<sup>11</sup>

11. Las personas que han encontrado un para qué después de haber vivido una pérdida, encuentran sentido a su vida haciendo un acto generoso por alguien más. Existen infinidad de casos sólo por citar alguno, Fundación ALE Tamaulipas (<http://www.quierodonartamaulipas.org.mx/>).

Es importante mencionar que, cuando una persona se encuentra ante una pérdida o pasa por alguna de las fases descritas, es mucho más efectivo guardar silencio que hacer algún comentario que resulte inapropiado o pueda lastimar a la persona, ya que, debe recordarse que se encuentra en un caos emocional y muchas veces, una palabra puede desencadenar una reacción de ira.

## CONCLUSIONES

- La Tanatología es “perder el miedo a la muerte para vivir lo que resta de la vida con plena aceptación y paz”, para lograr que tanto sobrevivientes como moribundos, estén mejor preparados para enfrentar la muerte.
- El tanatólogo debe siempre preocuparse por la persona de manera integral, bio-psico-social-espiritual; nunca tomarla como un caso interesante un expediente o número, esto es válido tanto para el enfermo, como para su familia.
- El objetivo terapéutico del tanatólogo es que el enfermo terminal o en fase terminal, cuente con plenitud de vida, no en cuanto a cantidad, sino a calidad; en Tanatología se habla más de vida que de muerte.
- Se dice que este profesional ayuda a cerrar círculos pendientes cuando logra ser para el enfermo una persona significativa que lo ayuda a resolver su afectividad, asuntos legales, económicos, sociales y, muy importante, su propia espiritualidad.
- Nunca debe darse por perdido a un paciente tanto si va a morir o no; se debe hablar de la muerte de manera natural, debido a que es parte inherente de la vida, si el enfermo o la familia saben que al final de su vida hay alguien que le dedicará tiempo para compartir sus preocupaciones, angustias y emociones, reaccionará con alivio y tendrá un sentimiento de esperanza.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sales-P, A. *Forensic tanatology: Biological and legal aspects*. Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 2006.
2. Kübler-R, E. *On Death and Dying*. Collier Books, McMillan Publishing Co., New York; 1969.
3. Kübler-R, E. *La Rueda de la Vida*. Editorial Grafo, 3ª. ed., España; 1997.
4. Reyes-Z, A. *Curso Fundamental de Tanatología*. Tomo I, 1ª. ed., Derechos de Autor, México; 1996.
5. Fundación ALE Tamaulipas (<http://www.quierodonartamaulipas.org.mx/>).
6. Wilson-A, y Mendieta C. *Cómo Mejorar la Comunicación en Fase Terminal*. <http://biblio.upmx.mx/download/cebidoc/Dossiers/Ortotanasia034.asp>. Consultado el 4 de diciembre 2008.
- 7-11. Reyes-Z, A. *Curso Fundamental de Tanatología*. Tomo I, 1ª. ed., Derechos de Autor, México; 1996.



## 4

# BIOÉTICA Y TANATOLOGÍA, DISCIPLINAS CONVERGENTES

---

LIC. EDNA MARTHA HAMILL MELÉNDEZ

*El quehacer del equipo de salud es buscar  
el Bien de la persona humana.*

Mucho se ha escrito de Tanatología y Bioética, sin embargo, pocos autores han tratado de conjuntar ambas disciplinas, tarea que se pretende en este capítulo. Analizar la importancia de que ambas no pierdan de vista, que el centro de su actuar es la persona humana y su dignidad, la cual debe ser respetada en todo momento, desde su nacimiento hasta su muerte natural.

Los valores que rigen la sociedad actual a menudo son de corte materialista, hedonista o relativista, no respetan al ser humano en su totalidad biopsico-social-espiritual. Inclusive en algunos ámbitos de salud se pasan por alto las decisiones éticas respecto de la persona humana en los momentos más vulnerables de su vida, cuando sufren los dolores más fuertes, la muerte y la desesperanza. Las valoraciones éticas se toman sin reflexionar quién es el ser humano.

En parte, esto se debe a que el hombre actual tiene miedo al sufrimiento y al dolor, sobre todo cuando se refiere a sus seres queridos más cercanos. Con base en esto, en muchas ocasiones se toman decisiones equivocadas. No se considera a la persona como un fin en sí misma, sino como simple medio que es de utilidad para los fines que se buscan.

La persona tiene inviolabilidad, derechos y deberes fundamentales. El valor inminente de la persona, su dignidad y su no disponibilidad a ser medio o instrumento para otro, se basa en la apertura por la que el espíritu, es espíritu; es decir, el hecho de que el hombre no es sólo materia, sino también espíritu. Por lo tanto, la persona no pierde su valor aunque tenga alguna discapacidad, enfer-

medad o sufrimiento. El valor de la persona nace del ser, no del tener o de que pueda expresar sus facultades humanas.<sup>1</sup>

Mark G. Kuczewski comenta: “Mientras más reflexiono sobre el trabajo de la doctora Kübler-Ross, mi reacción como bioeticista clínico enfrentado a la práctica clínica diaria, más cuenta me doy del esfuerzo que implica entender las tensiones que causa trabajar con pacientes terminales.”<sup>2</sup>

La situación actual en materia de toma de decisiones, respecto a la vida en el campo de las ciencias de la salud, es una reflexión propia del campo de la Bioética, el “bien morir” compete a la disciplina de tanatología, donde se habla más de vida que de muerte.

Es imprescindible que Tanatología y Bioética trabajen unidas para que la persona sea respetada en todos sus estadios, desde el momento de su concepción hasta el momento de la muerte natural. Esto logrará humanizar la medicina y evitará que el paciente no sea más un número, un expediente, un caso interesante o un sujeto de experimentación. Las decisiones éticas respecto al paciente, los cuidados paliativos, el acompañamiento con el enfermo cuando ya no haya nada que hacer médicamente, el alivio del dolor psicológico y emocional tendrán un lugar prioritario al pensar en el paciente.

## COMITÉS DE BIOÉTICA

Desde 1971, en *Medico-Moral Guide*, los obispos canadienses propusieron instituir en cada hospital católico comisiones médico-morales. Ese mismo año, los obispos de Estados Unidos en *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Facilities* propusieron lo mismo. Sin embargo, se instituyen formalmente con sentencia de la Corte Suprema de New Jersey, en marzo 31 de 1976, con el caso de Karen Ann Quinlan (mujer de 21 años, en estado de coma prolongado en donde los padres solicitaron respaldo para quitar el apoyo mecánico de la respiración). Los Comités de Bioética surgen como órganos de emergencia con la función de sostén y de punto de referencia constante. Es decir, tienen carácter consultivo.<sup>3</sup> Para 1985, 59% de los hospitales de Estados Unidos contaban con Comités de Bioética; en Europa empiezan a difundirse en la década de 1990.

1. Cf. Lucas-L, R. *Bioética para Todos*. Trillas, México, 2003, p. 22.
2. Cf. Kuczewski-M, G. *Re-analizando “sobre la muerte y el moribundo”*. En lo que Elisabeth Kübler-Ross aporta a la bioética clínica, Escuela de Medicina de la Universidad de Loyola, Chicago, 2004.  
Cf. Walker, J. *Los Significados de la Muerte*. Cambridge University Press, 1996.
3. Sanz-C, R. *Comités de Bioética* (CdB), Consultado en <http://rsanzcarrera.wordpress.com/2008/08/23/comites-de-bioetica-cdb/> el 11 de octubre.

En México no existen datos precisos de su creación, sin embargo, surgen en el Instituto Nacional de Pediatría y otras instituciones en 1985, cuando la Ley General de Salud los considera obligatorios por la ley promulgada en 1984. Trabajan enfrentándose a problemas o situaciones conflictivas en el entorno de la Bioética; al paso del tiempo se han desarrollado en virtud del temor surgido a través de los adelantos científicos en medicina, biología, genética, etcétera.

Se les puede describir como: "Un grupo multidisciplinario de personas que, dentro de una institución sanitaria, ha sido específicamente designado para aconsejar a los profesionales sanitarios en sus decisiones sobre las cuestiones éticas planteadas en el curso de la práctica clínica". Siguiendo a F. Abel, podríamos decir que los Comités de Bioética son estructuras de diálogo y decisión bioética, es decir, asumen la responsabilidad de intentar esclarecer y resolver racional y razonablemente los conflictos de valores que se presentan en la investigación o en la práctica clínica.<sup>4</sup>

Existen Comités de Bioética hospitalarios que se encargan específicamente de los dilemas en la bioética clínica; los valores que están en juego o los medios correctos para encontrar una línea de conducta, es decir, la elección o rechazo de un principio o criterio de valoración condicionará la evaluación del caso y Comités de Bioética de Investigación que se encargan de todos los protocolos de investigación en seres humanos y animales.

Su objetivo es ayudar a tomar decisiones a la luz de la ética, más nunca debe substituir la responsabilidad del médico, del enfermo, de su familia o la administración. Dichos comités no tienen poder ejecutivo, salvo en lo referente a la evaluación de proyectos de investigación y ensayos clínicos, es decir, no impone normas, sino solamente ayudan a tomar decisiones en un foro de reflexión, estudio y análisis multidisciplinario, así como proponer los medios para evitar conflictos éticos.

Las funciones de los Comités de Bioética son operar como instrumento de ayuda para favorecer decisiones médicas, elaborar y emitir consejos, ya que es una fuente colegiada de consulta e información. Sus principios fundamentales, beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, deben ser la base del comité para garantizar imparcialidad, coherencia, prudencia y respeto en la toma de decisiones.<sup>5</sup>

4. García, A. y col. *10 palabras clave en humanizar la salud*. Ed. Verbo Divino, España, 2002; p. 201.

5. Hernández-A, J.L. *Bioética General*. El Manual Moderno, 2002; México.

Los Comités de Bioética realizan tres diferentes tipos de acciones dentro del sistema hospitalario:

- a) En centros de enseñanza, forman y educan al cuerpo médico y paramédico acerca de los conflictos éticos que puede presentar la medicina. Esta es una tarea muy importante porque, para que un Comité de Bioética sea aceptado, debe contar con un equipo profesional muy calificado. Es importante mencionar que las personas con funciones en estos comités deben tener preparación adecuada, porque de ellos depende que el resto del personal de salud solucione problemas éticos de manera correcta.
- b) Trabajan en el desarrollo de políticas hospitalarias en relación con posibles conflictos éticos (p. ej., conflictos en tratamientos con recién nacidos con poca expectativa de vida, tratamiento de enfermos terminales, criterios de no resucitación, asistencia a moribundos, asignación de recursos para la salud, etcétera). Es decir, su función es consultiva, y actúan en el estudio de casos concretos que se plantean en el centro hospitalario.
- c) El papel más importante de estos comités es a través de su acción como "consultantes invisibles" de pacientes internados en el hospital, es decir, cuando hay problemas éticos difíciles, se turnan al comité para consulta y discusión, y así poder llegar a la mejor decisión para beneficio del paciente. Su triada fundamental es: formar, aconsejar y proporcionar directrices, para lograr lo anterior requieren de profundo profesionalismo ético y moral.

Dichos comités deben estar formados por un equipo interdisciplinario (preferentemente en el que no esté el médico tratante) médicos, enfermeras, personal de salud, trabajadoras sociales, teólogos. Si se trata de una institución católica, el capellán del mismo hospital, así como asesoría y participación directa de personas de cierta relevancia social en la comunidad donde se encuentra el hospital. Para integrar dicho comité es imprescindible que sus miembros conozcan la materia (no sólo sean personas de buena voluntad) con profundo conocimiento de bioética y saber lo que la medicina moderna presenta desde el punto de vista tecnológico para valorar las posibilidades y limitaciones en cada caso particular de acuerdo con sus circunstancias, para poder actuar de manera conveniente y no dejarse llevar por sentimentalismos o utilitarismos, sino que

sus juicios y recomendaciones siempre se apoyen en la recta razón y con base en los dictámenes de la bioética personalista. Los comités deben presentar sus conclusiones con un criterio de conciencia bien formada para proponer principios lógicos y, ante un posible debate, puedan sustentar y defender sus argumentos con actitudes prudentes, razonables y respetuosas.<sup>6</sup>

Los mejores Comités de Bioética son los que funcionan con toda libertad, que son autónomos, cuyas deliberaciones no están influenciadas por intereses políticos específicos del hospital o de un grupo de personas. Por desgracia, existen comités que fueron creados para buscar la protección de tipo legal de la acción de los médicos y no la acción de reflexión ética que deben llevar a cabo. Son administrados por los directivos del hospital que muchas veces actúan sólo como departamento legal donde los conflictos entre paciente-hospital son detenidos para que no generen una posible demanda legal.

Cuando un Comité de Bioética Hospitalario vaya a formarse es necesario sensibilizar al personal del hospital acerca de las cuestiones éticas, a través de la elección de una persona de prestigio dentro de la institución que sea quien "observe" lo que sucede ante diversos cuestionamientos éticos dentro del nosocomio, a la vez que pueda localizar los casos hospitalarios que presenten algún dilema de índole ético, para después en reuniones y juntas directivas plantearlas; de los dilemas éticos que se presentan surgen los comités como resultado de la necesidad de resolver problemas concretos. Una vez iniciado lo anterior, se legisla y determinan las funciones específicas del comité y se busca al personal idóneo para integrarlo de acuerdo con los lineamientos mencionados.

En conclusión, los Comités de Bioética hospitalarios son el camino racional para promover la humanización de la práctica médica partiendo de su complejidad actual.

## EL DEPARTAMENTO DE SALUD DENTRO DEL SISTEMA HOSPITALARIO<sup>7</sup>

El estudio de la tanatología es muy reciente en el mundo; la fundó la doctora Elisabeth Kübler-Ross en la década de 1960. En México, el doctor Alfonso Reyes Zubiría funda la Asociación Mexicana de Tanatología en noviembre 18 de 1988. Por ello, se puede asegurar que los Departamentos de Tanatología

6. Kuthy, P. *Introducción a la Bioética*. Méndez Editores, 1997; México, p. 125-34.

7. Hamill-M, EM. *La importancia de formar comités interdisciplinarios de bioética y tanatología dentro del sector salud*. Tesina del Diplomado en Tanatología, México, AMTAC, 1998; p. 19-23.

dentro del sistema hospitalario en nuestro país apenas están tomando forma en la actualidad.

En Estados Unidos, en 1967, surgió espontáneamente el grupo de Tanatología en el Departamento Psiquiátrico del Hospital Billings, de Chicago, donde la doctora Kübler-Ross inicia la presentación de charlas semanales para pacientes moribundos; a estas pláticas asisten alumnos de medicina y teología, enfermeras, sacerdotes, rabinos y trabajadores sociales, pero no asistían médicos. Sin embargo, poco a poco, la doctora Kübler-Ross fue teniendo un campo más amplio en la difusión y, hoy en día, es mundialmente conocida por sus estudios y libros publicados. En nuestro país, el doctor Reyes Zubiría ha sido fundador y su arduo trabajo ha impactado en diferentes hospitales, inclusive creó un departamento de Tanatología en los mismos.

El equipo de salud con el cual debe reunirse y trabajar el tanatólogo debe estar constituido de la siguiente manera:

- Un médico para tratar al paciente de manera activa o mediante cuidados paliativos y manejo del dolor.
- Personal de enfermería para asistir las necesidades del paciente, su familia y del médico para aplicar el tratamiento estipulado.
- Trabajadores sociales que brinden apoyo y orientación, sobre todo en lo que implican las necesidades socioeconómicas.
- Un ministro religioso que apoye las necesidades espirituales del paciente y de sus familiares.
- Un psicólogo que oriente los procesos emocionales del paciente y sus familiares.
- Un tanatólogo que apoye en la angustia única y muy especial del proceso de morir y de la impotencia total, devastadora ante la muerte, para que el paciente y su familia lleguen a una aceptación real, tomando en cuenta que el trabajo del tanatólogo no termina con la muerte del paciente, hay que ayudar a la familia a que realice el proceso de duelo, aceptando la muerte del ser querido.

El objetivo de este departamento es, fundamentalmente, ayudar al paciente terminal o en estado terminal en los momentos en que sufren el dolor más intenso, quizá una gran desesperanza, la experiencia de una fuerte limitación física, neurosis y psicopatologías, depresión, angustia, frustración, rabia y culpa propias del final de la vida, para que pueda superarlo y dar un sentido trascendente.

También su función consiste en ayudar a los miembros del equipo de salud a aliviar frustraciones, angustias, rabias, culpas, depresiones y otras emociones que surgen ante las repetidas muertes de los pacientes y que, por su estatus dentro del hospital, tienen que reprimir. Esto se recomienda sobre todo para el personal que trabaja en urgencias y en terapia intensiva.

El departamento de Tanatología del hospital debe contar con un equipo de tanatólogos profesionales, capaces de influir de manera fundamental en la atención interdisciplinaria que recibe el paciente. Es importante que exista adecuada coordinación entre este equipo y el personal de salud para que se entienda el trabajo y apoyo que el tanatólogo brindará al paciente, éste consiste en:

- Realizar entrevistas al paciente y su familia para conocer su entorno bio-psico-social-espiritual, que interactúa e influye en su atención médica integral.
- Efectuar escalas de evaluación tanatológica a cada paciente, con la finalidad de identificar las emociones por las que está atravesando; identificar el tipo de personalidad del paciente, hasta los sentimientos que afloran por la situación que vive. Para lograr lo anterior, debe darse una alianza terapéutica con el paciente, para que el tanatólogo llegue a convertirse en una persona significativa.
- Vincular y coordinar las acciones con cada una de las áreas interdisciplinarias, cuando el caso lo requiera, con la finalidad de retroalimentar el proceso intrafamiliar.
- Debe tenerse presente la importancia de la confidencialidad de dicho expediente.
- Efectuar un manejo tanatológico extrainstitucional cuando el paciente lo necesite (visita domiciliar o en el consultorio).

- Participar y cumplir adecuadamente con las indicaciones del tratamiento médico y de cuidados paliativos, por lo mismo, es importante asistir a sesiones médicas con el objetivo de ampliar conocimientos. Recordar que el trabajo del tanatólogo no interferirá con el del médico (si el médico es además tanatólogo verá al paciente sólo con una de sus especialidades para no confundirse ni confundir al paciente).
- Participar en reuniones con el equipo interdisciplinario con el fin de identificar problemas y programar los ajustes necesarios y proponer alternativas de solución para un mejor desarrollo de las actividades.
- Orientar al paciente, familia o persona responsable acerca de los procedimientos legales que tengan lugar de acuerdo a la problemática individual (esto algunas veces lo hace el tanatólogo cuando ocurre un deceso).
- Brindar apoyo y manejo ulterior a la familia para iniciar o continuar con el proceso de duelo.

El tanatólogo tiene un perfil profesional muy particular, con las siguientes características:<sup>8</sup>

- Tener profundo conocimiento científico de lo que enseña la Tanatología como disciplina. Sin éste pueden cometerse muchos errores; no es ético presentarse ante quien está sufriendo los más devastadores dolores de la muerte y la desesperanza sin dicha preparación.
- Ser capaz de tener verdadera compasión (sufrir con) y verdadera empatía con su paciente; ser muy honesto con sus sentimientos.
- Desarrollar habilidades para identificar rápidamente las necesidades del paciente y convertirse en una persona significativa para él.
- Tener sentido del humor.
- Humildad para saber decir “no sé”, para aprender, aceptar correcciones, perdonar y perdonarse.

8. Reyes-Z, A. *Curso fundamental de Tanatología*. En: Hamill-M, EM. La importancia de formar comités interdisciplinarios de bioética y tanatología dentro del sector salud. Tesina del Diplomado en Tanatología, México, AMTAC, 1998; p. 23.

- Saber lo que es y exige el amor incondicional.
- Capacidad para ser asertivo, decir las cosas como son, sin recurrir a mentiras o esperanzas mágicas.
- Generosidad para dar su tiempo cada vez que el enfermo lo necesite, así como paciencia para escucharlo cuando sea necesario, tanto al enfermo como a sus familiares.

## COINCIDENCIAS DE BIOÉTICA Y TANATOLOGÍA

a) Ambas disciplinas van unidas debido a que su fin es la persona humana, independiente del proceso que esté viviendo (discapacitado, enfermo terminal o en fase terminal, depresión por pérdidas). Ambas deben basarse en una ética que rija las acciones que contribuyan a la plena realización de la persona, humana.

b) Por estar dedicadas al servicio del hombre es necesario que los profesionistas de estas disciplinas estudien y conozcan a fondo los fundamentos básicos de la persona, así como sus características específicas.

c) Las dos ven al hombre de manera integral en su completa dimensión bio-psico-social-espiritual.

d) El objetivo formal de la Tanatología es ayudar al enfermo terminal y en fase terminal. La Bioética, entre sus temas de estudio, tiene los relacionados con la vida en fase terminal como son: dolor, eutanasia, encarnizamiento terapéutico, cuidados paliativos, trasplantes entre otros. Todo aquel que se relaciona con el enfermo debe conocer los aspectos éticos que ayuden al paciente a salvaguardar su dignidad.

e) La última finalidad de la Tanatología es que el enfermo viva una muerte apropiada y digna. La Bioética consiste en regular las intervenciones médicas, científicas y terapéuticas fundadas en la dignidad de la persona humana.

f) Bioética y Tanatología son multidisciplinarias debido a que incluyen diferentes ciencias y profesionales de la salud como: derecho, medicina, filosofía, psicología, ministros religiosos, trabajo social, entre otras.

g) Las dos se relacionan directamente con la persona humana desde su inicio hasta su fin, con su vida y su muerte, tienen que ver con el ser profundo de

la personas, con la delicadeza que vivan sus diferentes facetas en el transcurso de su existencia.

h) De igual manera, ambas son rectoras de las diversas circunstancias que afectan, modifican y estimulan la vida y el término de la misma para cada hombre.

i) Tanatología y Bioética son necesarias para la formación integral de los médicos y el equipo de salud.

j) Ambas disciplinas son nuevas dentro del campo de salud, por lo que muchas veces son rechazadas o incomprendidas debido a que no se entiende su finalidad.

### **TANATOLOGÍA Y BIOÉTICA: RELACIONES MULTIDISCIPLINARIAS**

Las relaciones de estas disciplinas con el equipo de salud, pese a su complejidad y su reciente vinculación, día a día, tienden a ser más cercanas y fluidas de lo que en un principio cabría suponer, debido a que todo paciente, en un momento dado, llegará a la muerte y trascenderá los límites de la ciencia médica, el tratamiento y expectativas de la medicina.

Debe recordarse que el médico y el equipo de salud tienen la obligación ética de atender al enfermo. Atender no significa sólo explorar, diagnosticar, pronosticar, informar y recibir una información. Sino también, escuchar y comprender al enfermo, ayudarlo a superar su miedo, a recuperarse y si el desenlace previsible de su enfermedad es la muerte, ayudarlo a morir con dignidad y paz. Es en este ámbito en donde el equipo de salud tiene la posibilidad de crear alianzas terapéuticas fuertes y estrechas con tanatología y bioética.

Debe sensibilizarse al personal de salud para que, llegado el momento en que la medicina ya no puede hacer nada clínicamente, esté consciente, que hay mucho que hacer para brindar al paciente consuelo, entrega absoluta y amor incondicional. El equipo de salud no debe sentirse fracasado si la evolución de la enfermedad no sigue el curso previsto o deseado y el paciente muere, pero falta a su deber profesional cuando se desentiende del enfermo porque cree que ya ha hecho todo lo técnicamente posible y no le refiere con el profesional dedicado a atender al paciente terminal hasta el inevitable final. Debe recordarse en todo momento que no se fracasa por no curar, sino por no cuidar.

El equipo de salud, durante su educación profesional, se forma en la misión de curar y salvar vidas y evitar, en todo caso, que el paciente muera, pero cuando esto sucede y los tratamientos fracasan, el equipo experimenta sentimientos de impotencia ante la inminencia de la muerte. Estos sentimientos pueden ser mecanismos de defensa psicológicos, manifestados por miedo inconsciente a la muerte y que, en consecuencia, puede proyectarse a la vida profesional del equipo de salud. La muerte no es el enemigo por vencer sino la continuidad de la vida. "Saber vivir es saber morir y alcanzar la paz".<sup>9</sup>

Si se considera lo anterior, el equipo multidisciplinario de salud que trabaja por el bien del paciente debe incluir a los siguientes especialistas:

*Médico tratante.* Atender al paciente activamente con un tratamiento tradicional o mediante cuidados paliativos y manejo de dolor.

*Personal de enfermería.* Para asistir a las necesidades del paciente, la familia y el médico mismo para aplicarle el tratamiento estipulado.

*Trabajo social.* Brinda apoyo y orientación a la familia.

*Ministro Religioso.* El hombre, como ser espiritual, debe estar abierto a Dios. Desde el punto de vista del enfermo debe dar sentido a su enfermedad para profundizar en el conocimiento de sí mismo y avanzar en lo trascendente, su vida, muerte, lucha, etcétera. Por ello, el enfermo tiene derecho a que se le reconozcan y faciliten todas las posibilidades para ejercer su libertad o creencia religiosa.

*Psicólogo.* Para atender las necesidades psicológicas del paciente y la familia.

*Bioeticista.* El centro de esta disciplina es la persona humana; lucha por su dignidad cuando se encuentra más vulnerable debido al sufrimiento, independientemente de que su condición humana sea un recién nacido, un enfermo en estado de coma o un enfermo terminal o en fase terminal. Hay que resolver problemas que van desde la neonatología hasta la terapia intensiva para enfrentar la muerte.

9. Hamill de C, M. *El médico y el personal de salud ante el paciente en estado terminal*. Medicina y Ética 2002; 13(3): pp. 293-99.

*Tanatólogo.* Como el profesional que acompaña al enfermo terminal y a su familia en la angustia, única e irrepetible que se da en el proceso de morir. No debe perderse de vista a los familiares del enfermo; es ahora cuando ellos necesitan ayuda; los problemas del enfermo moribundo están por terminar, pero los de la familia continúan y quizá se agraven, muchos de ellos se pueden disminuir si se habla antes de la muerte con el ser querido; se debe recordar que la familia pasa por las mismas fases que el enfermo (negación, rabia, regateo, etc.) cuanto más pronto se les ayude, más fácil, les será aceptar la muerte y elaborar el duelo (reacción natural ante una pérdida real) en el menor tiempo posible y con el menor dolor para evitar que el mismo llegue a convertirse en un duelo patológico.<sup>10</sup>

## SITUACIÓN ACTUAL DE LOS COMITÉS DE BIOÉTICA Y TANATOLOGÍA

Los departamentos de Tanatología en México son muy recientes y, por lo general, cuando existen, están dentro de algunos hospitales y asilos. No obstante, éstos no funcionan adecuadamente debido a que muchas veces el médico no envía a sus pacientes al tanatólogo porque cree que se asustaría al pensar que está muy grave. Usualmente los pacientes y la familia son los que llaman a un tanatólogo. Entonces es cuando se ofrece la ayuda, sea en el propio domicilio o en el hospital.

Con frecuencia, los departamentos de Tanatología se confunden con los programas de cuidados paliativos, clínicas del dolor u hospices que existen en los hospitales, sólo por mencionar algunos.

- El primer programa de Cuidados Paliativos en Argentina, siguiendo los lineamientos de la OMS, comenzó en Buenos Aires en 1985 con el trabajo de la Fundación Prager-Bild. Médicos, enfermeros, trabajadores sociales y psicólogos comenzaron a entrenarse en esta Fundación, y algunos de ellos visitaron hospices de Inglaterra como parte de su enseñanza.
- En septiembre de 1986, en la Academia Nacional de Medicina en Buenos Aires, se fundó con voluntarios el Programa Argentino de Medicina Paliativa. Su objetivo es asistir a pacientes terminales en su hogar.

10. Cf. Hernández-A, J.L. *Bioética General*. Editorial, El Manual Moderno, 2002; México.

- La Sociedad Chilena de Nefrología creó en agosto de 2004, un Comité de Cuidados Paliativos en esta especialidad para promover la incorporación de la atención de pacientes renales y formar profesionales de la salud.<sup>11</sup>

Es importante destacar que los programas de cuidados paliativos tienen estrecha relación con Tanatología, así como los primeros ya cuentan con un método de trabajo, es urgente que los departamentos de Tanatología tengan lineamientos claros respecto a lo siguiente:<sup>12</sup>

- Qué es un departamento de Tanatología hospitalario y sus funciones, objetivos, etcétera.
- Trabajo por realizar dentro y fuera del hospital.
- Normatividad hospitalaria en términos de eficacia y eficiencia para atención del enfermo terminal.
- Proyectos bien diseñados para la atención integral del paciente y la familia, entre otros.

Ambos comités deben complementarse y trabajar en estrecha colaboración, de tal manera que cuando exista un dilema ético, el de Bioética pueda contribuir a elaborar reflexiones ético-morales con el equipo multidisciplinario para encontrar una solución que en todo momento, sea lo mejor para el paciente y su familia (es importante mencionar que este comité no proporciona soluciones, sólo contribuye a la reflexión); el comité de Tanatología, nombrará a un tanatólogo capacitado para proporcionar seguimiento y apoyo al paciente y sus familiares.

Para entender la labor de los comités antes mencionados, es preciso hacer una introducción de lo que es y en qué campos actúan la Bioética y la Tanatología, así como mostrar un panorama general de lo que sucede en algunos centros hospitalarios, y destacar la importancia de los cuidados paliativos como alternativa de apoyo al paciente y sus familiares.<sup>13</sup>

11. <http://www.nefro.cl/index.php> Consultado el 24 de nov. 2008.

12. En el artículo: Aspectos conductuales del médico frente al paciente moribundo y sus familiares, los doctores. Héctor Dueñas, Juan Corral, Enrique Canchota y Manuel Tovilla, aseguran: El médico tiene derecho a tener ayuda en lo personal de apoyo profesional, psicológico, espiritual, legal, etcétera. También es importante la creación de Comités de Ética y Tanatológicos que puedan auxiliar en tales circunstancias. *Legal Revista AMTAC*, 1995; p. 16.

## CONCLUSIONES:

- Es importante que en cada hospital exista un comité de Bioética que permita visualizar las posibles soluciones ante un caso en particular y ayude en la toma de decisiones.
- De igual manera, es importante que dichos hospitales cuenten con un departamento de Tanatología que trabaje en colaboración con el comité de Bioética y permita al paciente morir dignamente, tomando en cuenta, al mismo tiempo, a sus familiares.
- La Tanatología y la Bioética personalista coinciden en que su marco de referencia es la persona y su dignidad.
- Tanto Tanatología como Bioética deben estar constituidas por equipos interdisciplinarios.

13. Hamill-M, EM. *La importancia de formar comités interdisciplinarios de bioética y tanatología dentro del sector salud*. Tesina del Diplomado en Tanatología, México, AMTAC, 1998; pp. 4-5.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Lucas-L, R. *Bioética para Todos*. Trillas, México, 2003; p. 22.
2. Kuczewski-M, G. *Re-analizando "Sobre la Muerte y el Moribundo"*. En: Lo que Elisabeth Kübler-R aporta a la bioética clínica. Escuela de Medicina de la Universidad de Loyola, Chicago, 2004.
3. Walker, John. *Los Significados de la Muerte*. Cambridge University Press, 1996. Consultado en línea, <http://rsanzcarrera.wordpress.com/2008/08/23/comites-de-bioetica-cdb/> El 11 de octubre.
4. García-F, FJ. Alarces, et al. *10 Palabras Clave en Humanizar la Salud*, Editorial Verbo Divino, España, 2002; p. 201.
5. Hernández-A, JL. *Bioética General*. El Manual Moderno, 2002; México.
6. Kuthy, P. *Introducción a la Bioética*. Méndez Editores, 1997; México, p. 125-34.
7. Hamill-M, EM. *La Importancia de Formar Comités Interdisciplinarios de Bioética y Tanatología Dentro del Sector Salud*. Tesina del Diplomado en Tanatología, México, AMTAC, 1998; p. 19-23.
8. Reyes-Z, A. *Curso Fundamental de Tanatología*. En: Hamill-M, EM. *La importancia de formar comités interdisciplinarios de bioética y tanatología dentro del sector salud*. Tesina del Diplomado en Tanatología, México, AMTAC, 1998; p. 23.
9. Hamill de C, M. *El Médico y el Personal de Salud ante el Paciente en Estado Terminal*. Medicina y Ética, 2002/3; p. 293.
10. Cf. Hernández-A, JL. *Bioética General*. El Manual Moderno, Cap. 19, México; 2002.
11. (en línea) <http://www.nefro.cl/index.php> Consultado el 24 de nov. 2008.
12. Dueñas H, Corral J, Canchota E y col. *Aspectos Conductuales del Médico Frente al Paciente Moribundo y sus Familiares*. AMTAC, 1995; p. 16.
13. Hamill-M, EM. *La Importancia de Formar Comités Interdisciplinarios de Bioética y Tanatología Dentro del Sector Salud*. Tesina del Diplomado en Tanatología, México, AMTAC, Vol. 3, 1998; p. 4-5.



# 5

## LA MUERTE COMO LÍMITE FUNDAMENTAL DE LA EXISTENCIA HUMANA

---

DR. JOSÉ ENRIQUE GÓMEZ ÁLVAREZ

*Death is not an event of life. Death is not lived through.*

LUDWIG WITTGENSTEIN,

TRACTATUS LOGICUS-PHILOSOPHICUS, 6.4311

El término “muerte” y su definición han existido y evolucionado con la humanidad a través del tiempo, de acuerdo con diferentes aspectos mitológicos, culturales, religiosos, sociales y pensamientos predominantes de cada pueblo y época, con la creencia o no de la vida después de la muerte, que tiene la esperanza de una vida posterior cuando la terrenal haya terminado. Como testimonio de lo anterior existen sarcófagos, tumbas y pirámides egipcias, con un significado similar a los entierros y pirámides de algunas culturas americanas precolombinas.<sup>1</sup>

Es común pensar en la muerte del “otro”, más que en la propia; sin embargo, al pensar en la muerte de los “demás” la persona se percata de la vivencia intransferible que, tarde o temprano, se enfrentará, especialmente cuando se pierde a la persona amada debido a que esa muerte es, en parte, la de la propia persona.

1. “Para los antiguos nahuas la muerte significaba la disgregación y dispersión de los componentes del cuerpo humano. Una locución de la lengua náhuatl, consignada por Fray Alonso de Molina, resume esta idea... ‘alcancé mi alcanzadero, mi destrucción, mi ruptura, mi fragmentación’. (García Caloredo y col. *Bioética y Muerte*. Trillas, México, 2008, p. 11). Esto no quita las diversas respuestas pesimistas frente a la muerte. Por ejemplo, este Cantar:  
”¿A dónde iremos?  
Sólo a nacer venimos  
Qué allá es nuestra casa:  
“Donde es el lugar de los descarnados”, (Citado por Ibargüengoitia, Antonio, *Suma Filosófica Mexicana*. Porrúa, México, 1989, p. 59).

No obstante, la muerte ajena es vista como "natural" y esperable, pero ante la propia muerte el fabulista Esopo señala:

*Un día un anciano, después de cortar la leña, la cargó a su espalda. Largo era el camino que le quedaba. Fatigado por la marcha, soltó la carga y llamó a la Muerte. Ésta se presentó y le preguntó por qué la llamaba; contestó el viejo: --- Para que me ayudes a cargar la leña...*

Esta fábula demuestra que todos los hombres se aferran a la vida aun cuando arrastren una existencia miserable.<sup>2</sup>

Ante la realidad de la muerte, el hombre puede huir o negarla como dice Pascal: "No habiendo podido encontrar remedio a la muerte, a la miseria, a la ignorancia, los hombres para ser felices han tomado la decisión de no pensar en ello".<sup>3</sup> También ante ella puede caminar con fe, esperanza y amor. Durante la vida, el hombre puede experimentar de alguna manera la muerte cuando vive y sufre ante las pérdidas y las disminuciones. El hombre, al descubrir un sentido al sufrimiento, puede encontrar un para qué de esas pérdidas.

Antes de empezar a reflexionar sobre la muerte hay que distinguirla de la palabra morir. Esta segunda es el momento en que cesa la vida, pero el problema filosófico de la muerte va más allá del hecho de morir, porque implica la existencia humana misma.

El hombre, en su existencia, se da cuenta que, día a día, muere en las pequeñas o grandes pérdidas de su vida, por otro lado, sabe que la muerte es la mayor pérdida del hombre. Por eso, nos detendremos a estudiar un poco más este apartado de la antropología filosófica.

Ante el misterio de la muerte el hombre se pregunta: ¿Qué significa para mí la muerte? ¿Qué quiero que signifique para los demás? ¿Cómo será? ¿Cuáles son las causas y los efectos de la muerte? ¿Con ella termina todo? ¿Hay alguna razón para temer morir? ¿Tiene algún sentido la muerte? ¿Tiene algún sentido la manera de morir: guerra, enfermedad o vejez?

Con estas preguntas nos damos cuenta de que la muerte no es sólo el cese de las funciones vitales, sino es la destrucción de la existencia humana, la imposibilidad de actualizar ulteriormente la vida personal en el mundo. Es

2. AAVV, *Grandes Fabulistas*, Editorial del Valle de México, México, 1977, p. 33.

3. Geveart J, *El problema del hombre*, Salamanca, Sígueme, 1991, p. 297.

muerte humana, todo el hombre muere: su cuerpo, libertad, inteligencia, voluntad, esfuerzo, amor, la muerte toca a la persona en el centro de su existencia personal e interpersonal.

La muerte humana está implícita en la existencia, no es un añadido a su existencia, sino más bien le pertenece; si la muerte viniera de fuera, el hombre no sabría que muere, no tendría experiencia interior y solamente la vería en la muerte del "otro", pero el hombre, al saber que es finito y mortal, sabe que su existencia no es absurda y que ésta tiene trascendencia.

En este capítulo se pretende proporcionar algunos elementos de reflexión analizando varios ángulos del concepto de "muerte". En primer lugar, el planteamiento será empírico, entendiéndose por esto último una aproximación desde las ciencias biológicas. Después se describirán ciertas interpretaciones filosóficas de la muerte y se terminará con la visión cultural contemporánea de la muerte en nuestro contexto de alta especialización propia de nuestro tiempo.

## EL DATO BIOLÓGICO Y SU EXPRESIÓN EN LA LEY

Desde el punto de vista biológico, la muerte es un fenómeno irreversible que es la parte final de la vida, es una situación ineludible con la que termina el ciclo vital de todo ser viviente, incluido el hombre. Su definición y sus límites no son precisos,<sup>4</sup> sólo se puede asegurar, sin lugar a duda, que ha ocurrido por la presencia de desintegración, así el hablar de la muerte clínica y/o encefálica.

Desde el punto de vista biológico, la muerte es la cesación completa e irreversible de todas las funciones biológicas, incluidas las operaciones de síntesis celular y de replicación en todo órgano y célula. Es necesario tener criterios para documentar y diagnosticar la muerte de un paciente, pero esto es difícil de precisar de acuerdo con los avances científicos. Sin embargo, en 1968 se

4. En el sentido de que se tienen que poner ciertos límites más o menos arbitrarios según el estado de las ciencias empíricas. Esto se refleja en la legislación. En la Ley General de Salud de México se especifica: "Para efectos de este Título, la pérdida de la vida ocurre cuando: I. Se presente la muerte cerebral, o II. Se presenten los siguientes signos de muerte: a. La ausencia completa y permanente de la conciencia; b. La ausencia permanente de respiración espontánea; c. La ausencia de los reflejos del tallo cerebral, y d. El paro cardíaco irreversible." (Capítulo IV, artículo 343. En: [www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-t14.htm](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-t14.htm)) [consultado el 30 de septiembre de 2008]. En el artículo 344 se especifican los signos que sirven de indicadores de la muerte cerebral. En México, el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario el capítulo I del título décimo cuarto en los artículos 317 y 318 se establece que para la certificación de la pérdida de la vida, deben comprobarse los signos de muerte. Otros artículos referentes al tema son Artículo 318 fracciones I, II y III.

establecieron los criterios de Harvard<sup>5</sup> para determinar la muerte; incluyen las siguientes características:

- Paciente sin respuesta, con una temperatura menor a 32.2°C.
- Ausencia de drogas depresoras.
- Sin movimientos espontáneos.
- Presencia de apnea sin respirador por tres minutos sin oxígeno complementario.
- Ausencia de reflejos, pupilas fijas, deglución, corneal, faríngeo.
- Electroencefalograma (EEG) plano.
- Los siguientes criterios deben repetirse a las 24 horas para poder diagnosticar de manera cierta la muerte.

El certificado de defunción se expide en original y dos copias; lo proporciona de manera gratuita la Secretaría de Salud; lo llena un médico; el Registro Civil otorga el acta de defunción<sup>6</sup> y esta misma dependencia extiende las órdenes de inhumación, cremación o traslado (para este trámite se requiere que si el cuerpo viaja a más de 300 km, que sea embalsamado y, además, se necesita un permiso sanitario expedido por la Secretaría de Salud).

Cuando la muerte es por accidente debe avisarse al Ministerio Público, a la delegación correspondiente, a los familiares y siempre se requiere autopsia,<sup>7</sup>

5. "In 1968, this committee of the Harvard Medical School published a report describing the following characteristics of a permanently nonfunctioning brain, a condition it referred to as "irreversible coma," now known as brain death:

Unreceptivity and unresponsivity--patient shows total unawareness to external stimuli and unresponsiveness to painful stimuli; No movements or breathing--all spontaneous muscular movement, spontaneous respiration and response to stimuli are absent; No reflexes--fixed, dilated pupils; lack of eye movement even when hit or turned, or ice water is placed in the ear; lack of response to noxious stimuli; unelicitable tendon reflexes.

In addition to these criteria, a flat electroencephalogram (EEG) was recommended. The committee also noted that drug intoxication and hypothermia which can both cause reversible loss of brain functions should be excluded as causes. The report was used in determining patient care issues and organ transplants. The condition of irreversible coma, i.e., brain death, needs to be distinguished from the persistent vegetative state, in which clinical presentations are similar but in which patients manifest cycles of sleep and wakefulness". Cf. <http://www.ascensionhealth.org/ethics/public/issues/harvard.asp> [Consultado el 30 de septiembre de 2008].

6. Cf. Ley General de Salud, capítulo IV, artículo 348.

es gratuita (se realiza en SEMEFO, Hospitales de Urgencia; en los estados de la República se practica en las delegaciones), el médico legista extiende un certificado de defunción junto con el de autopsia. Las agencias funerarias guían en todos estos trámites, pero no tienen autoridad jurídica para expedir ninguno de los documentos mencionados.

Una vez diagnosticada la muerte de la persona puede procederse socialmente de dos maneras:

1. Se toma la actitud de duelo iniciando los preparativos para el funeral y sepultura del cadáver.
2. Legalmente se permite la lectura del testamento, repartición de herencias, pago de seguros, posibilidad de volver a contraer nupcias y disponibilidad de órganos.

### LA DELIMITACIÓN CONCEPTUAL (FILOSÓFICA)<sup>8</sup>

La muerte se entiende desde varias perspectivas filosóficas. Pueden tomarse dos posiciones: a) Cómo un hecho natural que no tiene ningún efecto particular en el hombre, es decir, un fenómeno entre otros del mundo y b) En relación específica con la naturaleza humana.<sup>9</sup>

Un ejemplo de esta primera actitud puede resumirse en ciertas posturas del estoicismo. Por ejemplo, Epicteto comenta en sus Máximas: “Temas nombrar la muerte, cual si sólo su nombre fuese cosa de augurio funesto. Sin embargo, mal puede haber augurio funesto en lo que no hace sino expresar un acto de la Naturaleza”.<sup>10</sup>

El hombre se ha enfrentado a la muerte de las más diversas maneras, siempre como cierta amenaza ante la vida, como un término al proyecto de vida de

7. Ibid., artículo 350 bis 2.

8. “The philosophical investigation of human death has focused on two overarching questions: (1) What is human death? and (2) How can we determine that it has occurred? The first question is ontological or conceptual. An answer to this question will consist of a definition (or conceptualization). Examples include death as the irreversible cessation of organismic functioning and human death as the irreversible loss of personhood. The second question is epistemological. A complete answer to this question will furnish both a general standard (or criterion) for determining that death has occurred and specific clinical tests to show whether the standard has been met in a given case”. (De Grazia, David, “The Definition of Death”, The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Fall 2008 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL = <http://plato.stanford.edu/archives/fall2008/entries/death-definition/>).

9. Abbagnano, Nicola, *Diccionario de Filosofía*. Fondo de Cultura Económica, México, 1974, p. 821.

10. Cf. Marco Aurelio. *Soliloquios*. Porrúa, México, 1986; p. 68. VI, 24 (Porrúa, México, 1974, p. 113).

cada uno. Recuérdese la fábula citada en el preámbulo: reconocemos cierta naturalidad de la muerte, pero, al mismo tiempo, reconocemos que acaba con los proyectos de vida.<sup>11</sup> En este sentido castigamos al homicida en cuanto que ha infringido un proyecto.

El riesgo latente de “perder la vida” en cualquier momento, se ha enfrentado a las respuestas más disímiles: negarla, creer que existe una continuidad en la vida después de ésta que conocemos.<sup>12</sup> Sin embargo, los humanos tenemos cierta necesidad de controlar el proceso de la muerte y de cómo reaccionar ante el cadáver. Esto rebasa los propósitos de este capítulo, no obstante, hay que recordar que la respuesta humana ante la muerte es también una respuesta por el sentido o sinsentido de la misma.<sup>13</sup> Esto nos lleva al tercer punto de vista. ¿Cómo enfrentamos la muerte hoy? ¿Qué actitudes sociales tenemos ante ese fenómeno?

## LA CULTURA CONTEMPORÁNEA ANTE LA MUERTE<sup>14</sup>

Hasta principios del siglo XX, la muerte todavía era un hecho que afectaba a toda la sociedad, “No era sólo un individuo el que desaparecía, sino la sociedad que había sido alcanzada y necesitaba cicatrizar”.<sup>15</sup>

La muerte ha sido un acontecimiento social y público. Sin embargo, éste se ha modificado. En la sociedad actual se ha tratado de expulsar la muerte. La muerte deja de ser un momento de pausa y se convierte en parte continuo del vivir como si nadie muriera. Ya no se habla con el moribundo acerca de su

11. “El concepto de la Muerte como posibilidad existencial implica que la Muerte no es un acontecimiento particular, que se ubica en la iniciación o en el término de un ciclo de vida propio del hombre, sino una posibilidad siempre presente a la vida humana... la Muerte es la nulidad posible de cada una y de todas las posibilidades existenciales y constituye la limitación fundamental de la existencia humana como tal” (Abbagnano Nicola, Op. cit., p. 821-22).

12. Sin embargo, no hay que caer en el error de pensar que “el miedo a la muerte” fue la creadora de la respuesta religiosa. Un ejemplo de esto fue el pueblo hebreo. Cf. Marchadour, Alain. *Muerte y vida en la biblia*. Verbo Divino, Estella, Navarra (España), 1994. Ahí se explica el desarrollo de las concepciones de la muerte en el pueblo judío. La noción de resurrección aparece hasta el libro de Daniel. Señala Marchadour (al comentar Dn 12, 1-4): esta revelación [la de la resurrección] puede inclusive fecharse con precisión, ya que el autor [del libro de Daniel] conoce la profanación del templo que se sitúa en el 167 a.C., cuando por primera vez un creyente afirma su creencia en la resurrección de los muertos, hace 1,600 años que los patriarcas escucharon la voz de Dios, más de 1,000 años que Moisés se encontró con el Dios desconcertante del Sinaí” (p. 41). “Para un análisis breve y claro en otras religiones, véase: Calderón, David. *Antropología, bioética y trascendencia*. Medicina y Ética, Universidad Anáhuac, Vol. 18, Num. 1, Enero-marzo 2007, p. 71-89.

13. Cf. Morin, E. *El hombre y la muerte*. Kairós, Barcelona, 1999.

14. Muchas de las ideas de esta sección son paráfrasis extraídas de: Aries, P. *El hombre ante la muerte*. Taurus, Madrid, 1983. Cf. AAVV, *La Historia de la Vida Privada*, Taurus, Madrid, 1991.

15. Aries, Philippe. Op. cit., p. 465.

muerte inminente para no lastimarlo; aunque no es necesario porque quien va a morir lo sabe. Así, se pretende retardar la muerte y alejarla, por ejemplo, no se le llama a un sacerdote hasta que el moribundo ya perdió la conciencia o ya está muerto. Se ha perdido la antigua costumbre de la despedida y recomendaciones del muerto antes de partir para ser sustituido por un nuevo pudor de mantener al moribundo en la ignorancia de su muerte inminente.

Antiguamente la enfermedad y la salud no estaban vinculadas de manera tan directa con la medicina como hoy en día; se confiaba en la naturaleza. Se entra en un ciclo en que el destino de un enfermo comienza a depender de su diagnóstico (que la mayoría de las veces no entiende bien), se crea una relación parasitaria del paciente hacia el médico. Aunque el enfermo siente que la muerte se acerca, se dedica a rechazarla y a tratar de enmascararla con su enfermedad, investigando más acerca de ésta, está dispuesto a mentirse a sí mismo con tal de no aceptar su muerte.

La muerte es sucia; se subrayan sus aspectos repugnantes; en consecuencia se convierte en algo indecente que no merece ni debe ser público. Se procede a ocultar la muerte en los hospitales donde sólo algunos tendrán que verla.<sup>16</sup> Lo que antes era parte de la cotidianidad, se ha convertido en algo repugnante, por lo que los hospitales son el mejor lugar para los enfermos que requieren largos y complicados tratamientos; constantes procedimientos médicos tratan de convencer al enfermo a terminar sus días en un hospital, lo que permite, a los demás implicados, como la familia, continuar con su vida diaria.

La muerte causa pudor, se suaviza la inconveniencia que es la muerte hasta transformarla en pudor. Equivale a la negación, no ver, ni oír, rápido ya pasó. El valor es el silencio, pero la muerte silenciosa causa problemas para los que quedan vivos y no tienen una despedida real de los que parten:

*Resignarse a envejecer no es, pues, una virtud de nuestra época. Todavía menos lo es resignarse a la enfermedad. A comienzos de siglo XX, la enfermedad y la muerte eran fatalidades con las cuales se tenía la costumbre de contar... repentinamente la muerte causa escándalo*

16. "La frialdad de las cifras refleja una realidad escalofriante, por ejemplo, en Estados Unidos 80% de las defunciones tienen lugar en instituciones médicas y sólo una persona de cada cinco muere en su casa". (García, Gabriel *et al.* Op. cit., p. 29). En el caso de México, según datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), en las defunciones registradas en 2006, hubo un total de 494,471 decesos. De ellos, 208,681 fueron en el hogar. 17,234 en otro lugar no hospitalario, en 29,062 casos no se especificó el sitio. Las más de 200,000 defunciones restantes ocurrieron en centros hospitalarios. (Cf. [www.inegi.com.mx/lib/olap/general/MDXQuerydatos.asp](http://www.inegi.com.mx/lib/olap/general/MDXQuerydatos.asp)). [Consultado el 30 de septiembre de 2008].

*si sobreviene antes de la vejez; morir ya no parece normal si no se ha alcanzado determinada edad... ahora que la mayoría de las enfermedades han sido conjuradas, salvo el desgaste del organismo, vivir ya no es una suerte: es un derecho.*<sup>17</sup>

Durante los últimos momentos, los moribundos recapacitan acerca de la vida y la mayoría de ellos aceptan la posibilidad de más años de vida, tienen la esperanza de que existe un más allá.<sup>18</sup>

Hay soledad antes de partir, momentos de agresividad y mucha inquietud, pero también, momentos antes de morir regresa la calma.

Después de la muerte, lo único que queda es el duelo y éste ha cambiado, al igual que la muerte. La mayoría de la gente ya no asiste a los entierros, los niños permanecen al margen de la muerte. Hay una decadencia en el luto,<sup>19</sup> que se nota en primera instancia en la pérdida de la solemnidad de los funerales. Los cuerpos de los muertos ya no se entierran, se incineran; ya no se erigen monumentos para los muertos, sino que, a lo más, se acompañan de placas conmemorativas. Sin embargo, esto no implica que se desaparezca al difunto, sino al contrario, se le privatiza, ya no se le recuerda en el cementerio, que es un lugar público, ahora se recuerda al difunto en su casa, por sus objetos personales y en privado. Se tiene la creencia de que sigue presente. Por lo que el duelo se exige en privado, el dolor y la nostalgia que causa la muerte no deben expresarse en público, como se hacía tradicionalmente, sino que debe ser discreto. Al que practica el luto con solemnidad se le ha visto con dureza y como extravagante.

Los códigos para morir y para consolar a los enlutados desaparecieron a finales del siglo XIX y principios del siglo XX. Por lo que los sentimientos causados por estas situaciones no encuentran ya una manera de ser canalizados, lo que lleva a que, simplemente se repriman. Nace el modelo en el que el valor viril, la buena educación y la discreción prohíben expresar los sentimientos en público y se confinan a su expresión en privado. En consecuencia, se suprime abiertamente el duelo, las lágrimas son tan repugnantes como la enfermedad y la muerte es excluida. El duelo es una debilidad de carácter. No obstante, los tanatólogos, insisten y continúan insistiendo que el duelo es de suma impor-

17. AAVV, Historia de la vida privada, Op. cit., p. 94.

18. "En observaciones...sobre 360 moribundos se ha determinado que el 84% de ellos admiten una posibilidad de supervivencia" Witzel, L. *British Medical Journal*. 1975, N° 2 p. 82.

19. Cf. Aries, P. Op. cit., pp. 478-79.

tancia y que reprimirlo conlleva peligros. La sociedad continúa rechazando el duelo. El sobreviviente termina abrumado por el peso de su pena y la prohibición de expresarla; lleva al sobreviviente más cerca de su propia muerte.

Finalmente, llega la imagen última del moribundo, recluido en un hospital, un moribundo "lleno de tubos". Se busca suavizar la muerte lo más posible en los hospitales y evitar sufrimientos físicos a los moribundos y el sufrimiento de ver la muerte directamente a los familiares. Por lo que los hospitales ya no son tanto el lugar donde uno se va a curar, sino el lugar respetable y aceptado donde uno va a morir y terminar sus días en "calma". ¿Cómo podríamos describir esta actitud de alejamiento y negación? En la *Historia de la Vida Privada* ésta se describe muy bien.

A partir del momento en que la historia vivida se convierte en algo añadido, a partir del instante en que la evolución de las ciencias y las técnicas expresa la dominación creciente del hombre sobre la naturaleza, y que éste puede aumentar la acumulación de bienes a su disposición y la duración de su disfrute mediante la prolongación de la existencia, su incapacidad para suprimir la muerte se vive como un fracaso de su saber y de su poder: la muerte es obscenidad.<sup>20</sup>

Sin embargo, la muerte ya no tiene tiempo específico, se regula para prolongarla y se puede permitir a un moribundo subsistir casi indefinidamente. Entonces la muerte depende de un acuerdo entre la familia y el equipo médico, se puede prolongar o acortar su duración. Se define una manera aceptable de morir, es silenciosa y no causa mayor ruido en el hospital. La muerte de aquel que sólo espera y no se reconoce su muerte inminente. Se desnuda a la muerte de su dignidad, se espera que la muerte sea pacífica y en silencio; se droga al moribundo para que parta silenciosamente sin causarle conflictos a nadie.

Hoy en día, se ha intentado cambiar el papel de la muerte<sup>21</sup> y devolverle su dignidad. Dentro de estos intentos destacan los de la doctora Elisabeth Kübler-Ross. Se busca que se intente reducir la acción de ocultar la muerte en el silencio, así, tanto sobrevivientes como moribundos, estarán mejor preparados para enfrentar la muerte. Una condición esencial es que el moribundo sepa sobre su estado. Sin embargo, no se debe reducir a la muerte a un estado insignificante que existe simplemente porque es necesario. Se busca separar la instrumentalización de la muerte, pero sólo se mejora la muerte en el hospital;

20. Op. cit., p. 313.

21. Cf. Aries, P. Op. cit., p. 488 y ss.

no se quiere excluir a la muerte del hospital y llegar a un punto en que la vida y la muerte se enfrentan, entonces se considera la posibilidad de la eutanasia. Nadie piensa mucho en su propia muerte, sin embargo, al contemplar la imagen del moribundo "lleno de tubos", se despierta la compasión y entonces surge la pregunta: ¿Van a exigir morir cuando quieran morir?

La muerte de manera invertida comienza en Europa a finales del siglo XIX, pero se arraiga en el siglo XX en Estados Unidos e Inglaterra de manera más importante. De igual manera, también existe clara división entre clases, respecto de su perspectiva hacia la muerte. Por ejemplo, los más ricos e instruidos son activos respecto a la muerte, es decir, se preparan para ella, compran seguros de vida y hacen testamentos; esto les ayuda a olvidarse de la muerte, a comparación de los pertenecientes a las clases populares que toman una actitud de resignación pasiva ante la muerte. Para ellos, la muerte está presente y es un hecho grave. Así se crea un modelo de muerte basado en dos creencias fundamentales:

Primero la creencia en una naturaleza que parecía eliminar la muerte; segundo, la creencia en una técnica que reemplazaría a la naturaleza y eliminaría la muerte con mayor seguridad.

Finalmente se analiza el caso de la muerte en Estados Unidos, en donde la muerte no ha sido eliminada como en Inglaterra, sino que todavía es parte, de alguna manera, del paisaje urbano. Se toma, por ejemplo, el ataúd que ha pasado de ser una mera caja cerrada con clavos a ser una especie de cofre con diseño específico y cerradura, también se ha vuelto a la práctica del embalsamamiento. La muerte, poco a poco, se ha tornado un negocio, en un objeto de consumo. El duelo se desvía de su estado privado en la vida cotidiana de los sobrevivientes, al tiempo que dura el funeral, para el cual existe un lugar específico, porque la muerte no pertenece a las iglesias; se crean casas de funerales con cementerios propios para realizar el funeral, en el que el difunto está presente, inclusive maquillado, de manera que no se enfrente la muerte directamente, sino que se mantiene la ilusión de vida en el muerto y así se protege al vivo de la muerte.

La muerte es un negocio rentable en Estados Unidos, donde se teme el modelo inglés de incineración porque implica menos ingresos. Dan como resultado que en Inglaterra la muerte se confina a un solo lugar, y en Estados Unidos la muerte se confina en dos, los hospitales y las casas de muertos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Ibargüengoitia, A. *Suma Filosófica Mexicana*. Porrúa, México, 1989, p. 59.
2. AAVV, *Grandes Fabulistas*. Editorial del Valle de México, S.A. México, 1977, p. 33.
3. Geveart, J. *El Problema del Hombre*. Salamanca, Sígueme, 1991, p. 297.
4. *Ley General de Salud de México*. Capítulo IV, artículo 343. En línea: ([www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-t14.htm](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-t14.htm))
5. Harvard Ad Hoc Committee on Brain Death, Cf. <http://www.ascension-health.org/ethics/public/issues/harvard.asp> [Consultado el 30 de septiembre de 2008]
6. *Ley General de Salud*. Capítulo IV, artículo 348.
7. Ibid., artículo 350 bis 2.
8. *The Definition of Death*. <http://plato.stanford.edu/archives/fall2008/entries/death-definition/>
9. Abbagnano, N. Diccionario de Filosofía. Fondo de Cultura Económica, México, 1974; p. 821.
10. Cf. Marco Aurelio. *Soliloquios*. Porrúa, México, 1986, p. 68.
11. Abbagnano, N. Op. cit., p. 821-22.
12. Calderón, D. *Medicina y Ética*. Universidad Anáhuac, Vol. 18. Num. 1. Enero-marzo 2007, p. 71-89.
13. Morin, E. *El Hombre y la Muerte*. Kairós, Barcelona, 1999.
14. Aries, P. *El Hombre ante la Muerte*. Taurus, Madrid, 1983. Cf. AAVV, *La Historia de la Vida Privada*. Taurus, Madrid, 1991.
15. Aries, Philippe. Op. cit., p. 465.
16. ([www.inegi.com.mx/lib/olap/general/MDXQuerydatos.asp](http://www.inegi.com.mx/lib/olap/general/MDXQuerydatos.asp)). [Consultado el 30 de septiembre de 2008]
17. AAVV. *Historia de la Vida Privada*. Op. cit., p. 94.
18. Witzel, L. *British Medical Journal*. 1975, N° 2 p. 82.
19. Aries, P. Op. cit., p. 478-79.
20. Op. cit., p. 313.
21. Aries, P. Op. cit., p. 488 y ss.



# 6

## CUIDADOS PALIATIVOS

---

LIC. EDNA MARTHA HAMILL MELÉNDEZ

*El dolor y sufrimiento de los pacientes siempre debe ser la más alta prioridad en el sistema de salud.*

Los cuidados paliativos son un concepto de atención integral que incluyen a profesionales de la salud y a voluntarios que proporcionan apoyo médico, psicológico y espiritual a enfermos terminales y sus familiares. La familia tiene un papel preponderante en estos servicios debido a que están pensados para brindarles la asistencia y el apoyo que necesitan para el cuidado de sus seres queridos. Uno de los objetivos principales de los cuidados paliativos es controlar el dolor y otros síntomas para que el paciente pueda permanecer lo más alerta y cómodo posible.

Los servicios de cuidados paliativos están disponibles para enfermos que ya no pueden beneficiarse de los tratamientos curativos normales que ofrece la medicina. Estos cuidados no aceleran ni posponen la muerte, simplemente hacen que el enfermo terminal o en fase terminal, encuentre alivio a su dolor físico si se controlan síntomas;<sup>1</sup> proporcionan bienestar en los últimos momentos de la vida, con paz, comodidad, dignidad considerando a la muerte como un fin inevitable, doloroso, pero normal. Enfatiza la calidad de vida,<sup>2</sup> con el beneficio de que el enfermo puede ser atendido en su propio hogar, rodeado de sus seres queridos, situación que favorece que la persona pueda cerrar círculos hablando tanatológicamente.<sup>3</sup>

1. Control de síntomas de la enfermedad como son: náusea, vómito, insomnio, problemas gástricos, fiebre, dolor, desnutrición, problemas dermatológicos y bucales, respiratorios, desorden mental, etcétera.
2. Juan Pablo II en 2005, en un mensaje dirigido a los participantes de la asamblea de la Academia Pontificia para la vida mencionó: "calidad de vida es esencial a toda criatura humana por el hecho de ser creada, pertenece al orden ontológico y forma parte constitutiva del ser humano en todo momento de la vida, desde la concepción hasta la muerte natural por lo tanto se debe reconocer y respetar al hombre en toda condición de salud, enfermedad, discapacidad. Debe rechazarse el concepto actual de calidad de vida reduccionista y selectivo que consiste en la capacidad para gozar y experimentar placer, eficiencia económica, consumismo desordenado que olvida las dimensiones más profundas de la existencia".

La filosofía paliativa no está a favor de la eutanasia, pero tampoco comparte la idea de prolongar la vida con métodos de soporte que sólo prolongan la agonía y el sufrimiento en los casos de los enfermos en fase terminal.<sup>4</sup>

El presidente de la Sociedad Madrileña de Cuidados Paliativos, Álvaro Gándara, en septiembre 20 de 2008, en una entrevista concedida a *La Gaceta*, periódico español, comentó como una “frivolidad”, que el gobierno plantee la posibilidad de legalizar el suicidio asistido “antes de garantizar al enfermo el acceso a los cuidados paliativos”. El suicidio asistido es un enorme retroceso que equivale a regular el derecho a matar. Los gobiernos deberían pugnar por una medicina humana que ayude al paciente a vivir dignamente con la ayuda que ofrece la medicina paliativa.<sup>5</sup>

Las áreas de trabajo que cubren los objetivos de un programa de cuidados paliativos son: cuidado total del paciente, de manera holística (bio-psico-social-espiritual), control de síntomas, dolor, apoyo emocional al paciente y a la familia, así como manejo del estrés y apoyo al equipo tratante.

## PUNTO DE VISTA HISTÓRICO CONCEPTUAL

El término cuidados paliativos proviene del latín *pallium* “manto”, “capa”, “cobijo”. Éstos tienen larga historia. Los precursores pudieron ser las hospederías medievales del siglo XII organizadas por los Caballeros Hospitalarios y después en el siglo XIX aparecen otras figuras carismáticas como la madre Mary Aikenhead, quien fundó la orden de las madres irlandesas de la Caridad en el St. Joseph’s Hospice en Londres<sup>6</sup> donde se formó la doctora Cecily Saunders, quien en las últimas décadas del siglo XX, en Inglaterra, crea la medicina paliativa en respuesta a la inminente necesidad de atención que demandan los enfermos terminales en el centro de St. Christopher, donde decide ayudar a los pacientes a morir con dignidad y evitar que los enfermos mueran con gritos de dolor físico. Su filosofía radica en “brindar apoyo con amor”.<sup>7</sup>

3. El doctor Reyes Zubiría comenta: “Aquél que desconoce lo que es la medicina paliativa no puede llamarse tanatólogo, hoy en día prevención, curación y paliación conviven armoniosamente en todo tipo de enfermedades. La vida es el bien más preciado del ser humano, ser y estar vivo significa vivir en libertad y con dignidad y desarrollar un proceso vital en un sistema social en donde impere la igualdad y la justicia; lo anterior debe ser el fundamento de la ética médica y los cuidados paliativos.” Vida, Órgano de comunicación de la Asociación Mexicana de Tanatología, A.C. Año 2, número 6, mayo, 2002.
4. Consultar capítulo “Eutanasia o ensañamiento terapéutico”.
5. *La gaceta*, Médicos de cuidados paliativos tildan de “frívolo” legalizar el suicidio asistido, [http://www.gaceta.es/noticia\\_1img.php?s=14&sm=14&noti=31498](http://www.gaceta.es/noticia_1img.php?s=14&sm=14&noti=31498) consultado el 4 diciembre de 2008.
6. Elizari-B, FJ. *10 palabras claves ante el final de la muerte*, Ed. Verbo Divino, 2007, p. 69.
7. Consultar anexo sobre la vida de la doctora Cicely Saunders.

La doctora Saunders trabajó siete años investigando el control del dolor físico en el Hospicio Romano Católico St. Joseph's de Londres. El resto de Europa y Norteamérica se sumó progresivamente al movimiento paliativista, y hacia el final de la década de 1980, la comunidad médica internacional reconoció que la medicina paliativa se había convertido más que en lujo en una nueva especialidad que cubría los enormes vacíos en la atención médica y surge el diagnóstico de enfermo terminal. En 1987, en Inglaterra la medicina paliativa fue reconocida como una especialidad médica que tiene fuerte impacto en todo el modelo de atención británico conocido como "hospice".<sup>8</sup>

La Organización Mundial de la Salud define los cuidados paliativos como: manejo que mejora la calidad de vida de los pacientes y de sus familias que enfrentan problemas asociados con enfermedades que amenazan la vida, mediante la prevención y del alivio del sufrimiento, con medidas de identificación temprana, correcta, tratamiento del dolor y otros problemas de orden físico, psicosocial y espiritual.<sup>9</sup>

Cuando el paciente necesita cuidados paliativos se le debe hacer sentir que él es el centro de atención, es la persona más importante del lugar, él es la razón de que el servicio exista, que sepa que su cuidado será integral, total, incondicional dónde se le brinda apoyo humanitario afectivo y efectivo que le ayude a identificar el sentimiento de desesperanza y miedo ante la posible muerte cercana. Aunque la técnica es importante en esta etapa de la vida del enfermo no es lo fundamental; algunos críticos han descrito la medicina paliativa como una medicina "de poca tecnología y mucho contacto humano", sin darse cuenta que cuidados paliativos no se oponen a la tecnología médica; lo que intenta es asegurar que el cuidado del paciente se base en el amor y no en la ciencia.<sup>10</sup>

Cuidar a alguien es brindarle todo el tiempo amor incondicional, atención, empatía y cualquier ayuda social que se le pueda ofrecer para hacer llevadera su situación, si lo anterior no es posible, lo que nunca debe hacerse es

8. Durante siglos la palabra "hospicio" se utilizó para designar el sitio en que reposaban los viajeros y peregrinos. El término permaneció relacionado con los hospitales conventuales o asilos. La doctora Cicely Saunders consideró que ésta era la palabra más adecuada para referirse a una modalidad de cuidado que combine las habilidades de un hospital con la hospitalidad y el calor de una posada. En el "hospicio", el interés central se desplaza de la enfermedad al paciente y su familia; del proceso patológico a la persona. ("Cicely Saunders: Hospice Heroine" Kate Kellaway <http://www.guardian.co.uk/society/2005/dec/04/health.lifeandhealth>). Consultado el 9 de diciembre 2008.

9. Organización Mundial de la Salud (OMS) [www.who.int/es](http://www.who.int/es)

10. Twycross, Robert G, "Introducing Palliative Care", 2nd edition. (1997). Oxford and New York: Radcliffe Medical Press, p. 211.

abandonar al enfermo, no dejarle que se sienta solo, desatendido o ignorar su sufrimiento emocional.

Pareciera que hoy en día las acciones de cuidado de salud tienden a preferir los cuidados intensivos y la medicina de alta tecnología, la existencia de terapias intensivas numerosas en los hospitales constatan este hecho. A medida que la medicina depende más de la tecnología se abandonan las prácticas humanitarias de aprecio, preocupación y presencia solidaria al lado de los enfermos. El “cuidado” aparece en el mundo tecnológico de la medicina moderna como un premio de consolación cuando el conocimiento y las habilidades técnicas no logran vencer a la muerte. El dominio tecnológico de la medicina menciona “si es posible hacer algo, hay que hacerlo”. En algunos ámbitos médicos se prolonga la vida en condiciones inaceptables que, muchas veces, no respeta la dignidad de la persona; la muerte se ve como el enemigo a vencer y se llega inclusive a la lógica de pensar que la responsabilidad de curar al paciente termina cuando los tratamientos se han agotado.<sup>11</sup>

Como respuesta a lo anterior, los cuidados paliativos funcionan como apoyo al servicio hospitalario y a la familia para controlar síntomas, aliviar dolor, sufrimiento y preservar la autonomía del paciente en cuánto sea posible. El servicio se preocupa más por la persona enferma que por la enfermedad y no es ningún premio de consolación por el fracaso de la cura, sino parte integral del estilo y proyecto de tratamiento que se da a la persona con una visión integral que de acuerdo con Callahan “el dolor y sufrimiento de los paciente siempre debe ser la más alta prioridad en el sistema de salud”.

Para poder cumplir con la compleja gama de factores incluidos en el padecimiento de síntomas físicos y de dolor, el servicio de cuidados paliativos requiere del trabajo de un equipo multidisciplinario, integrado por enfermería, médicos, trabajo social, un consejero y un capellán. En este equipo, los médicos son responsables de la evaluación y tratamiento del dolor y otros síntomas.

Es importante reconocer en los enfermos terminales o en fase terminal el dolor crónico<sup>12</sup> que en un momento llega a comprometer el estado psicológico del paciente, aunque no sea muy intenso, por ser tan prolongado, puede llegar a la depresión del enfermo por una situación de discapacidad tal como no poder

11. Aries, P. *El hombre ante la muerte*. Taurus, Madrid, 1983, p. 110.

12. Al dolor que persiste por meses y años se le conoce como dolor crónico (DC) produce un impacto profundo en el funcionamiento emocional, inter-personal, social; así como, en el aspecto físico. *Emociones Dolor Crónico y Salud*. Domínguez, Olvera y Mateos. (11-05-07).  
<http://www.psicol.unam.mx/profesionales/psic clinica/iem/Dolor%20Cronico.htm>

trabajar o estar en cama, inmóvil, sin fuerzas. Siempre se debe adelantar al dolor de la persona para que se encuentre lo más cómodo posible y no sufra; lo ideal es lograr lo anterior sin llegar a la sedación total para que el tanatólogo pueda cerrar círculos pendientes, aunque muchas veces la medicación es tan prolongada que, en consecuencia se alteran la memoria y conciencia del paciente.

Muchas veces, al llegar a la unidad de cuidados paliativos, el enfermo ingresa desesperado, con intenso dolor físico, pide una inyección para acabar con su sufrimiento (eutanasia). Cuando se logra controlar el dolor, dicha petición disminuye, la actitud psicológica cambia y logra vivir momentos "llenos de emociones". Ya controlados los síntomas físicos es importante combinar otras actividades placenteras e importantes para el paciente como pueden ser: oración, diálogo con la familia, amigos, reconciliación con los demás, etcétera.

Los tratamientos paliativos alcanzan el objetivo cuando logran que el enfermo en fase terminal viva plenamente su propia muerte con aceptación sin solicitar la eutanasia; los movimientos socio-políticos que propugnan la legalización del suicidio y la eutanasia son una reacción ante el fracaso de la medicina para atender y tratar los temas de la muerte y su proceso.

## COINCIDENCIA DEL TRABAJO DE CUIDADOS PALIATIVOS Y TANATOLOGÍA

La filosofía que se vive dentro del servicio de cuidados paliativos es la misma que en tanatología, donde debe existir un diálogo terapéutico de escucha verbal y no verbal, tiempo, calidez, saber respetar los silencios y, cuando la comunicación se restablezca, enfatizar en las últimas ideas para reanudar la comunicación, donde impere la empatía para reconocer que se es aliado del paciente y se necesita conocer sus necesidades bio-psico-social-espirituales para que puedan vivir su muerte con dignidad y paz.

La doctora Saunders realiza su trabajo de cuidados paliativos en Inglaterra. Su objetivo es que los pacientes no mueran con gritos de dolor físico. Este servicio no cura la enfermedad de base, pero alivia los síntomas del paciente terminal o en fase terminal para que el tiempo que le resta de vida lo viva lo más confortable posible. Esto se logra si se brinda cuidado total que no es sino cuidado humanitario brindado con amor, se dispone de la técnica siempre acompañada de ternura y afecto. Busca el término medio entre que el paciente no sufra, pero tampoco se encuentre sedado con la finalidad de vivir rodeado de sus familiares y relaciones significativas. Cuidados paliativos no

acelera ni retrasa la muerte, sino que acepta el momento justo de la misma es decir la ortotanasia. La doctora Saunders enfatiza la diferencia entre *to cure* y *to care* cuando curar no es posible, siempre se puede cuidar.

La doctora Kübler-Ross, durante su trabajo de tanatología en Estados Unidos, buscó que los pacientes no mueran con gritos de dolor emocional, acompaña con una actitud de escucha, compasión y apertura respetuosa a los enfermos que necesitan comunicar sus emociones y sufrimientos ante el proceso de morir. Elabora el esquema de las etapas por las que pasa una persona y los familiares que se encuentran en duelo por una pérdida importante. Uno de los principios de tanatología es “perder el miedo a la muerte para vivir lo que resta de la vida con plena aceptación y paz” para lograr que, tanto sobrevivientes como moribundos, estén mejor preparados para enfrentar la muerte.

## CUIDADOS PALIATIVOS DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA BIOÉTICA

Con frecuencia, el dolor crónico impide al enfermo en fase terminal vivir de manera serena los últimos momentos de su vida y poder relacionarse con los demás, por lo que surge la pregunta ética: ¿Es lícito usar analgésicos para aliviar el dolor aunque se toma el riesgo de que el paciente pierda la conciencia y se abrevie su vida? La respuesta es afirmativa.

- 1) Es lícito, aunque entrañe el riesgo de acortar la vida del enfermo si no existen otros medios para aliviar el dolor.
- 2) Es lícito aun cuando reduzcan al paciente el uso de la conciencia, a condición de que haya cumplido con sus obligaciones civiles, religiosas, etcétera.
- 3) La licitud de tales intervenciones depende de que estén directamente encaminadas a aliviar el dolor y no a la pérdida de la conciencia o la abreviación de la vida y de que el paciente exprese su consentimiento; que se hayan agotado otros medios.<sup>13</sup>

La sedación<sup>14</sup> es inadecuada si se utiliza como “solución” para acabar con la angustia del enfermo terminal, con un estado mental atormentado relacio-

13. Lucas, L.R. *Bioética para todos*. Trillas, 1ª ed., México, 2003, p. 150.

14. Uso de drogas como la morfina, que pueden producir un descenso en la presión arterial o una depresión respiratoria u otros fármacos que reducen el grado de vigilia o incluso privan al paciente de la conciencia.

nado con problemas emocionales no resueltos y conflictos interpersonales, recuerdos desagradables que frecuentemente presentan sentimientos de culpabilidad; en vez de recurrir a suprimir la conciencia con la sedación, se debe explorar todo el sufrimiento emocional y trabajar con el paciente para lograr cerrar círculos.

El cuidado integral al paciente debe ser un modelo de respeto y la valoración de la dignidad humana. Sobre él debe construirse la solidaridad con el otro, la relación terapéutica debe guiarse por este modelo y principios éticos que se enumeran a continuación, sobre todo en temas relacionados con el final de la vida.<sup>15</sup>

- a) Decir la verdad y no mentir u ocultar la gravedad de la situación. El paciente tiene derecho a la verdad, la mentira es un acto malo en sí, además que dificulta las relaciones interpersonales, no permite vivir plenamente el momento de la muerte. Esto no quiere decir que se diga toda la verdad de golpe; se puede comunicar gradualmente en un clima de solidaridad y comprensión donde se valore la capacidad del enfermo de recibirla. El paciente tiene derecho a conocer la verdad y el médico el deber de comunicarla prudentemente.<sup>16</sup>

Prever las posibles complicaciones y/o los síntomas que suelen presentarse en la evolución de la condición clínica es parte de la responsabilidad médica. Tomar las medidas necesarias para prevenir las complicaciones y aconsejar oportunamente a los familiares de cómo se va a actuar, evitará al paciente sufrimientos innecesarios y que se realicen acciones precipitadas que lleven a intervenciones desproporcionadas. El paciente y los familiares tienen derecho a conocer la evolución y complicación del padecimiento.

- b) El principio de proporcionalidad terapéutica menciona que existe obligación moral de actuar con todas las medidas terapéuticas, que guarden una proporción adecuada entre los medios empleados y los resultados previsibles. Las intervenciones que no cumplan con esta relación se consideran desproporcionadas, por lo tanto, no son obligatorias desde el punto de vista moral. Existen ciertos elementos que siempre deberían considerarse en el momento de evaluar la proporcionalidad de las inter-

15. Pessini L. Bertachini L. (Coordinadores), *Humanização e cuidados paliativos*, Edições Loyola, São Paulo, Brasil, 2004, p. 319.

16. Lucas-L, R. *Bioética para todos*. Trillas, 1ª ed., México, 2003, p. 150.

venciones médicas: la utilidad o inutilidad de las medidas; las alternativas de acción con sus respectivos riesgos y beneficios; el pronóstico que se puede esperar de esa medida; los costos físicos, psicológicos, morales o económicos. Los médicos tienen doble responsabilidad: preservar la vida y aliviar el sufrimiento, el arte médico es decidir cuándo es inútil el soporte vital y, en consecuencia, cuando hay que permitir que llegue la muerte. El médico no está obligado a mantener la vida de su paciente "a toda costa".

- c) El principio de doble efecto señala las condiciones que deben existir para que, un acto que consta de dos efectos, uno positivo y otro negativo, sea lícito.
1. Que la acción sea buena en sí misma, o por lo menos indiferente (ni buena ni mala). La administración de un analgésico en sí es una acción indiferente, pero si intenta controlar el dolor (una intención buena), tiene un efecto directo bueno. Los efectos directos son aquellos que se buscan como un fin o como un medio para llegar a un fin.
  2. Que el efecto malo previsible no se busque de manera directa, sino sólo se tolere (como un efecto indirecto). La muerte del paciente no se persigue como un medio para llegar a un efecto deseado, sino que el efecto malo es un efecto indirecto, esto es, no se persigue como un fin ni como medio para llegar a un fin. Para realizar una evaluación ética es decisivo no sólo saber si un efecto es deseado, sino de qué manera se le busca, si directa o indirectamente. Es un error entender los términos "directo" e "indirecto" como "rápido" y "lento", respectivamente. Por ejemplo, si lo que se pretende es la muerte de un paciente al que se le administrarán ciertas drogas, la muerte del paciente es un efecto directo, y no será nunca un efecto indirecto, porque no importa si la droga se le administra de una vez o poco a poco.
  3. Que el efecto bueno no sea causado inmediata y necesariamente por el malo. El apresurar la muerte del paciente (efecto malo) no es la causa del efecto bueno (librarlo del dolor). En este caso, el efecto malo no es un efecto colateral, sino un medio para llegar a un efecto deseado.
  4. Que exista proporcionalidad entre el efecto bueno directo y el efecto malo indirecto.

En conclusión, si se aplica este principio a los tratamientos analgésicos que emplean drogas como la morfina, si lo que se busca directamente es aliviar el dolor (efecto bueno), cuando ya se han agotado otras terapias que no tienen los efectos negativos mencionados, no habrá inconveniente ético para administrar la morfina u opiáceos. Usualmente estos medicamentos se aplican al paciente en una clínica mejor conocida como Clínica del Dolor y los controla el equipo de salud.

En 1973,<sup>17</sup> Acheson designó como opioides a todos los compuestos sintéticos y semisintéticos que tienen propiedades alcaloides del opio y sus derivados. En la actualidad el término opioide se aplica de manera genérica en todos los fármacos naturales y sintéticos con acciones semejantes a la morfina e incluye a los antagonistas de los opiáceos. Éstos son analgésicos potentes que producen efectos en el sistema nervioso; tienen la posibilidad de inducir dependencia física, psíquica y tolerancia. Actúan en los receptores que están en las células de los tejidos, los cuales son llamados receptores opioides. Se encuentran distribuidos en el sistema nervioso central y periférico. La analgesia es consecuencia de la interacción de los opioides con algunos receptores.

La dependencia física que producen se debe a que el fármaco, al administrarse a largo plazo, empieza a formar parte de los sistemas fisiológicos y, al suspenderse, forma el síndrome de carencia o abstinencia. De igual manera, estos fármacos inducen el desarrollo de dependencia psíquica, que se caracteriza por la búsqueda compulsiva y autoadministración del fármaco para lograr bienestar. Los opioides producen depresión respiratoria que, en la mayoría de los casos, tiene relación con la dosis del fármaco y su efecto, al deprimir la función respiratoria, conduce a falla respiratoria por sobredosis (efecto adverso limítrofe en el uso de los opioides).

El opiáceo prototipo es la morfina; éste es un alcaloide que se obtiene del exudado lechoso de la cápsula de la amapola. La acción de los opiodes a nivel molecular, es la de reducir la liberación de los neurotransmisores y es efectiva para producir analgesia, es decir, reducen la sensibilidad al dolor, atenúan su tono desagradable o de angustia, sustituyéndolo incluso por una sensación de bienestar y euforia.

Algunos efectos adversos del uso de opioides pueden ser: náusea y vómito, en especial en pacientes ambulatorios. Son muy útiles en el manejo sintomá-

17. Acheson, JR. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Ed. Freedman, A.M. and Kaplan, H.S. The Williams and Wilkins Co, Baltimore, 1937, p. 986.

tico de la diarrea, las acciones antidiarreicas incluyen una reducción del flujo de agua e iones en el intestino (los opioides con acción antidiarreica están contraindicados en diarrea acompañada por fiebre o sangre en heces). El uso prolongado de opioides puede producir efectos secundarios, entre otros: estreñimiento, retención urinaria, problemas cardiacos, sensación de cansancio, debilidad, desorientación, irritabilidad, nerviosismo, intranquilidad, rigidez muscular, hipertonia de músculos torácicos y abdominales, etc. Los opiáceos más usados en México son:<sup>18</sup>

- Agonistas: son fármacos que producen efecto a nivel celular como: Morfina, Codeína, Meperidina, Fentanil, Oxycodona, Tramadol y Dextropropoxifeno.
- Agonistas parciales: producen efecto a nivel celular, pero no al máximo, como Buprenorfina.
- Agonistas-antagonistas: opiáceos que actúan en más de un tipo de receptor opioide y pueden actuar como agonista o antagonista, como Nalbufina.
- Antagonistas: los que se unen a un receptor opioide, pero no producen ningún efecto a nivel celular, como Naloxona.

Usualmente, cuando un paciente necesita cuidados paliativos acompañados de medicamentos fuertes como opiáceos, éstos se administran o controlan a través de la Clínica del Dolor. En México este servicio está constituido por médicos especialistas en Dolor y Cuidados Paliativos (algólogos) con alto nivel de formación ética y académica, así como una red de médicos, psicólogos, enfermeras y demás especialistas que realizan interconsultas en las diferentes áreas del tratamiento necesario.<sup>19</sup>

## SITUACIÓN LEGAL DE CUIDADOS PALIATIVOS EN MÉXICO

En abril 29 de 2008, con la intención de salvaguardar la dignidad de los enfermos en fase terminal y garantizarles calidad de vida, se aprobaron con 368 votos las reformas de la Ley General de Salud en materia de cuidados paliativos con los siguientes derechos:

18. Lujan, M. y Rodríguez, R. *Mecanismo de Acción de los Opioides*, Psiquiatría, México, 1986, p. 137-41.

19. Sitio oficial de la clínica: <http://www.clinicadeldolormexico.com/4598.html>

- a) Se brinda la posibilidad a los enfermos terminales de solicitar la suspensión voluntaria de aquellos tratamientos curativos que pretenden inútilmente prolongar su vida e iniciar un tratamiento de cuidados paliativos.
- b) Los cuidados paliativos están orientados al control de los síntomas del padecimiento del enfermo, así como a reducir sufrimiento emocional, a garantizar una muerte natural en condiciones dignas, podrán proporcionarse en hospitales, centros de salud o domicilios particulares con la respectiva supervisión médica.
- c) Los cuidados paliativos no prolongan ni reducen la vida; están dirigidos a prevenir y aliviar el dolor de pacientes en situación terminal y ofrecerles la posibilidad de vivir en mejores condiciones en su enfermedad.
- d) La atención médica integral incluye actividades preventivas, curativas, paliativas y de rehabilitación brindadas por un equipo multidisciplinario que no sólo atenderá al enfermo, sino a la familia. De igual modo, garantiza al enfermo terminal la obtención en todo momento de los cuidados básicos referentes a la higiene, alimentación e hidratación.
- e) Con esta disposición se pretende establecer límites entre la defensa de la vida del paciente y el ensañamiento terapéutico mediante la decisión voluntaria del paciente la cual se registrará en un formato elaborado por las instituciones de salud donde se registren datos que permitan identificar plenamente al paciente, grado de enfermedad y tratamiento, así como el método y circunstancia en que se sustituirá el tratamiento curativo por el paliativo. Si el enfermo está impedido para expresar su voluntad, podrá hacerlo en su representación una persona de su confianza.

## CONCLUSIONES

- El dolor en el paciente se vive de manera física, emocional, social y espiritual. Incluye la ansiedad del paciente, depresión y miedo, además de la preocupación relacionada con el futuro de la familia y la necesidad de encontrar sentido a la situación que vive, por lo que el enfermo tiene necesidad de apoyo físico (medicinas y cuidados paliativos) y emocional (tanatología).

- La doctora Cicely Saunders lucha para que los enfermos no mueran con gritos de dolor físico y crea la medicina paliativa. Su filosofía radica en “brindar apoyo con amor”.
- Dolor y sufrimiento son las causas más frecuentes de las solicitudes de eutanasia; cuando se logra controlar dichas peticiones terminan. La doctora Cicely Saunders afirmaba: “El sufrimiento sólo es intolerable cuando nadie cuida a quien sufre”.
- La morfina u opiáceos son medicamentos fuertes que controlan el dolor del paciente. Se aplican en la Clínica del Dolor bajo control del equipo de salud.
- En cuidados paliativos hay mucho que hacer, pero hay que hacerlo.

Tú eres importante porque eres tú,  
tú eres importante hasta el último momento de tu vida,  
nosotros haremos todo lo posible por ayudarte,  
nosotros aliviaremos tus síntomas para que vivas  
hasta que mueras.

CICELY SAUNDERS

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. *Diccionario de la Lengua Española*. Real Academia Española. (www.rae.es)
2. Juan Pablo II. *Mensaje Dirigido a los Participantes de la Asamblea de la Academia Pontificia para la Vida*. 2005. Zenith oct. 2005.
3. Reyes-Z. A. Vida. *Órgano de Comunicación de la Asociación Mexicana de Tanatología*, A.C. Año 2, N° 6, mayo, 2002.
4. Consultar capítulo *Eutanasia o Ensañamiento terapéutico*.
5. [http://www.gaceta.es/noticia\\_1img.php?s=14&sm=14&noti=31498](http://www.gaceta.es/noticia_1img.php?s=14&sm=14&noti=31498) consultado el 4 diciembre de 2008.
6. Elizari-B, FJ. *10 Palabras Claves ante el Final de la Muerte*. Ed. Verbo Divino, 2007, 69.
7. Consultar anexos, Capítulo 6, biografía de la doctora Cicely Saunders.
8. Kate-K, CS. *Hospice Heroine*. London G.B., 1998.  
(<http://www.guardian.co.uk/society/2005/dec/04/health.lifeandhealth>) Consultado el 9 de diciembre 2008.
9. Organización Mundial de la Salud (OMS) [www.who.int/es](http://www.who.int/es)
10. Twycross, RG. *Introducing Palliative Care*. 2nd edition, (1997). Oxford and New York: Radcliffe Medical Press, 211.
11. Aries, P. *El Hombre ante la Muerte*. Taurus, Madrid, 1983, p. 110.
12. Domínguez, Olvera y Mateos. *Emociones, Dolor Crónico y Salud*. (11-05-07) <http://www.psicol.unam.mx/profesionales/psic clinica/iem/Dolor%20Cronico.htm>
13. Lucas-L, R. *Bioética para Todos*. 1ª Ed, Trillas, México, 2003, 150.
14. *Diccionario de la Lengua Española*. Real Academia Española. (www.rae.es)
15. Pessini, L. Bertachini, L. (Coord), *Humanização e cuidados paliativos*, Edições Loyola, São Paulo, Brasil, 2004, 319.
16. Lucas-L, R. *Bioética para Todos*, 1ª Ed, Trillas, México, 2003. 150.
17. Acheson, JR. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Ed. Freedman, A.M. and Kaplan, H.S. The Williams and Wilkins Co, Baltimore, 1937, 986.
18. Lujan M, Rodríguez R. *Mecanismo de Acción de los Opioides*. Psiquiatría, México, 1986; 137-41.
19. Sitio oficial de la clínica: <http://www.clinicadeldolormexico.com/4598.html>



## EUTANASIA O ENSAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

DR. JOSÉ ENRIQUE GÓMEZ ÁLVAREZ  
LIC. EDNA MARTHA HAMILL MELÉNDEZ

*El sufrimiento humano es sagrado para ser manipulado*

Son muchas las preguntas respecto al fin de la vida humana, es decir, ante la muerte: ¿Exige el respeto a la vida humana aplicar terapias indiscriminadas o, por el contrario, debe permitirse morir al paciente de acuerdo con sus circunstancias personales? ¿Debe acelerarse o posponerse la muerte? ¿Utilizar recursos tecnológicos o dejar que la naturaleza siga su curso? ¿Qué criterios, si existen, permiten decidir con licitud ética ante esta disyuntiva?

En este capítulo se muestra cómo el ensañamiento terapéutico y la eutanasia son contrarios a la dignidad de la persona porque manipulan y deshumanizan el momento de la muerte. Por lo tanto, la respuesta ética a este tema requiere que se hable de ortotanasia como la postura que respeta el momento natural de la muerte.

Para evitar la manipulación de la muerte deben considerarse los siguientes valores:

- a) La Bioética personalista, que tiene como centro a la persona humana y su dignidad, recuerda que respetar la dignidad es respetar el momento natural de su muerte.
- b) La Tanatología, como disciplina que ayuda a enfrentar y a comprender la muerte, apoya al individuo en los últimos momentos de su vida y ayuda a los enfermos en fase terminal a vivir el resto de su vida sin sufrimiento, respetando sus exigencias éticas. Ambos luchan por evitar convertir la muerte en un proceso mecanizado para convertirla en algo humano.

## TERMINOLOGÍA

**Ortotanasia:** El prefijo griego *orto* significa “buena muerte”, muerte a su tiempo, sin abreviaciones tajantes ni prolongaciones desproporcionadas en el proceso de morir de un paciente.<sup>1</sup>

**Eutanasia:** Etimológicamente significa “buena muerte”, sin embargo, esta definición es ambigua debido a que no es lo mismo sanar las condiciones de un paciente en estado terminal y provocar la muerte de modo deliberado con el pretexto que no sufra, a permitirle morir de manera natural.<sup>2</sup>

Así mismo, es causar la muerte a otro con o sin su consentimiento, para evitarle dolores físicos o padecimientos de otro tipo considerados insoportables.

Los siguientes elementos hacen que la eutanasia se diferencie del suicidio y del homicidio:

- La muerte es un objetivo buscado; está en la intención de quien la practica.
- Puede producirse por acción (p. ej. administrar sustancias tóxicas mortales) o por omisión (negar la asistencia médica debida).
- Se busca la muerte de otro, no la propia. La ayuda o cooperación al suicidio sí se considera una forma de eutanasia.

**Ensañamiento terapéutico:** Uso de terapias ineficaces en la que los médicos tratan de prolongar la vida del enfermo a toda costa; también se conoce como distanasia.<sup>3</sup>

1. Gafo, J. *10 Palabras Clave en Bioética*. Verbo Divino, Estella (Navarra), 1994; 99-100.
2. “Una acción o una omisión que por su naturaleza, o en sus intenciones, produce la muerte, con el objetivo de eliminar todo dolor”. Lucas-L, R. *Bioética para Todos*. Trillas, México, 2003; 146.  
Hablar de ortotanasia y eutanasia son dos cosas distintas, la primera procura al moribundo todos los medios que la ciencia tiene para librarle de su agonía (sin caer en el ensañamiento terapéutico) ante la inminencia de la muerte se respeta el momento de la muerte y la dignidad de la persona. En tanto que la segunda es la práctica médica que procura la muerte al acelerar su proceso para evitar dolores al paciente, es siempre un atentado en contra de la dignidad de la persona.
3. “En un intento de clarificar los términos ha surgido un neologismo, una palabra nueva, tomada también del griego: distanasia. El prefijo griego *dis* tendría el sentido de ‘deformación del proceso de muerte’, de prolongación, de dificultad. Por tanto, la palabra distanasia significaría la prolongación exagerada del proceso de muerte de un paciente y sería próxima a la de encarnizamiento terapéutico, porque crea una muerte cruel al enfermo. Gafo, J. *10 Palabras Clave en Bioética*. Verbo Divino, Estella (Navarra), 1994; 99-100.

## MARCO HISTÓRICO CONCEPTUAL

Antiguamente, la muerte era algo "natural";<sup>4</sup> el paciente moría en casa rodeado de sus seres queridos y la familia. Esta situación se vivía de manera cotidiana, lo que permitía que se cerraran círculos, mientras que hoy en día la atención de los moribundos se ha especializado, a veces, a un grado deshumanizante: se muere solo y abandonado en hospitales o se ayuda a morir a la persona que sufre. La muerte, una realidad innegable del hombre, ahora se esconde e institucionaliza por el miedo y la frustración que produce.<sup>5</sup> Esto se comprueba fácilmente, tanto en los datos estadísticos que apuntan mayor cantidad de muertes en el hospital y el aislamiento que, a menudo, se da en Unidades de Cuidados Intensivos de los hospitales o el incremento alarmante de peticiones para legalizar la eutanasia en diversos países.

## ENSAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

A partir de la década de 1970 la medicina incorporó con suma rapidez impresionantes avances tecnológicos. Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)<sup>6</sup> y los actuales métodos de terapias invasivas<sup>7</sup> introdujeron sofisticados procedimientos que permitían evaluar y controlar distintas variables vitales y ofrecían a los profesionales de la salud la posibilidad de aplazar el momento de la muerte. A principios del siglo XX el tiempo estimado para la muerte después de un diagnóstico de enfermedad grave era de cinco días, a finales del mismo siglo este plazo era diez veces mayor.

4. En realidad, la conceptualización de la muerte en las culturas ha sido diverso. Dicho en otros términos no se ha descubierto una "actitud única" ante la muerte: "Puede afirmarse que virtualmente todo lo que se pueda imaginar sobre la muerte ya ha sido imaginado. Esto quiere decir que toda teoría... casi con absoluta seguridad puede ilustrarse y ejemplificarse... Así, la explicación de los fenómenos relativos a las creencias y prácticas relacionadas con la muerte que se lleve a cabo por ejemplo en términos de alienación, compensación, proyección, orden social, temor individual, transferencia... no están en competencia unas con otras, sino que son más bien complementarias". Bowker, J. *Los significados de la muerte*. Cambridge, University Press, 1996; p. 43. Aquí estamos pensando en ciertas actitudes comunes ante la muerte al momento que se ha tecnologizado la intervención sobre la vida, sobre todo, en el mundo Occidental. Por tanto, la noción de "muerte natural" no es espontánea. Algunas culturas nunca la consideran un hecho "natural" (Véase Ibid., p. 47 y es en donde se expone la idea de la muerte como antinatural desde las culturas "primitivas" hasta nuestros días). Cf. Ariés, P. *El hombre ante la Muerte*. Taurus, Madrid, 1977; p. 484 y ss. En donde se especifica la medicalización de la muerte y el aislamiento de la persona "lejos" de casa por el rechazo contemporáneo a la experiencia de la muerte.
5. Ibidem.
6. "En 1959, en el Hammersmith Hospital, de Londres y en el New York Cornell Hospital, se fundaron las primeras unidades de cuidados intensivos que responden al concepto actual. Terapia intensiva es considerada como una especialidad de carácter horizontal e integrador. Se ocupa del paciente en su conjunto cuando el nivel de gravedad llega a un punto tal que requiere vigilancia y tratamiento intensivo para lograr la recuperación" (Fracapani de C. M. *Bioética*. Limitaciones de tratamiento, Lumen, Argentina, 1997; p. 115).
7. Para una breve reseña histórica de estos métodos, véase, Ibidem., 111-14.

La tecnología, sin duda, ha traído grandes beneficios para prolongar la vida. Sin embargo, su mal uso, o el uso sin respeto a la dignidad de la persona también ha causado abusos.

Hoy en día, las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se encuentran saturadas. En el pasado se destinaban al tratamiento de traumas y algunos casos postoperatorios. Hoy en día se destinan a pacientes terminales, ancianos con enfermedades como cáncer y pacientes que han perdido sus funciones cerebrales.

Los recursos tecnológicos disponibles en las UCI, son tan variados que no es inapropiado afirmar que con frecuencia es difícil morir sin el consentimiento de un especialista en cuidados intensivos. A este respecto, la bioética menciona el grave dilema ético que los profesionales del ramo de la medicina intensiva enfrentan cotidianamente: ¿Dónde existen justificaciones morales para utilizar toda la tecnología disponible para atender a los enfermos terminales y en fase terminal?<sup>8</sup>

El llamado “ensañamiento terapéutico”, que es el uso de terapias y acciones médicas ineficaces para curación del enfermo terminal (aquella persona que conoce su diagnóstico según el cual, probablemente morirá en un lapso relativamente corto) en el que los médicos tratan de prolongar la vida del enfermo a toda costa mediante técnicas llamadas de “reanimación” o “resucitación”; utilizan para ello maniobras heroicas y/o tratamientos inútiles que aumentan el sufrimiento del paciente y pueden resultar muy crueles porque los resultados son desproporcionados en la relación riesgo-beneficio o curación-enfermedad y condenan artificialmente al enfermo a una agonía prolongada, más que a restablecer su salud. En otras palabras, el ensañamiento terapéutico pretende prolongar artificialmente la vida y descalificarla de su sentido humano.

## EUTANASIA

Los cuestionamientos sobre la eutanasia no son nuevos; existe un proceso histórico que da cuenta de ellos. Elio Sgreccia, en su *Manual de Bioética*, habla de la percepción de la eutanasia y la dignidad de la muerte en el curso de la historia en diferentes culturas de la siguiente manera:

La práctica de dar muerte a los ancianos es común entre algunas tribus de Aracan (India), de Siam inferior, así como entre los Cachibas y los Tupi de Brasil; y en Europa, entre los antiguos Wendi, una población eslava. Antiguamente en Roma la exaltación de la

8. Cf. Pessini, L. *Eutanasia ¿Por qué abreviar la vida?* Ediciones Dabar, 1ª. ed., México, 2002.

fuerza, la juventud y el vigor físico concebía una repugnancia por la vejez y la enfermedad esto, conjugado con la doctrina estoica que prevalecía, orilló a suicidios de personalidades conocidas en la cultura como Séneca, Epicteto o Plinio el Joven.<sup>9</sup>

Actualmente se vive con mucha fuerza la mentalidad de la eutanasia; la muerte es una realidad, pero si va acompañada de sufrimiento del enfermo y su familia, la tendencia es pensar que es mejor terminar con el sufrimiento. Surgen movimientos a favor de la eutanasia, con características parecidas a las que promovían la muerte piadosa en la antigüedad, que no se limita a la actitud de comprensión humanitaria del hecho piadoso, sino que busca su legalización.<sup>10</sup>

La eutanasia se ha convertido en un “concepto equívoco” como ya se mencionó, se busca darle idea de muerte tranquila, suave, dulce, indolora, sin agonía, arte de bien morir.<sup>11</sup> Sin embargo, hoy en día estos conceptos han sido trastocados y se llega inclusive a reconocer varios tipos de eutanasia.<sup>12</sup>

## CAUSAS DEL ENSAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

¿Qué motivos pueden llevar al ensañamiento terapéutico? Pueden señalarse algunas hipótesis:

- a) Se da prioridad a la tecnología sobre los valores y dignidad de la persona; la “medicina tecnológica” crea nuevos problemas, en especial para el paciente terminal.
- b) En algunos ambientes la cultura actual ha impregnado a la sociedad de actitudes utilitaristas (busca sólo el beneficio práctico sobre el bienestar integral de la persona), hedonistas (búsqueda del placer por sí mismo), relativistas o permisivistas (criterios subjetivistas contra criterios objetivos). En consecuencia, a menudo, se manifiesta aversión y miedo

9. Sgreccia, E. *Manual de Bioética*. Ed. Diana, México, septiembre de 1996; p. 590.

10. *Ibidem.*, 590.

11. Morir rodeado de cariño y apoyo de los seres queridos, eliminándose en lo posible los dolores y sufrimientos, de muerte natural, a su tiempo, sin manipulaciones médicas innecesarias, aceptando la muerte, con serenidad, con la asistencia médica precisa y el apoyo espiritual si se desea, según las propias creencias”, ver en Vega J. *Bioética Práctica*. España, Colex, 2000; 59.

Se considera “muerte digna” a aquella cuyo proceso, pese a enmarcarse en una enfermedad, mantiene a la persona en su esencia, aunque dicha enfermedad haya alterado su existencia. Es ayudar a morir con la misma dignidad con la que se debe vivir.

12. Activa: cuando la muerte se provoca por medio de una acción directa que busque la muerte. Por ejemplo, el aplicar una inyección letal. Pasiva: cuando la muerte es consecuencia de la omisión del soporte indispensable para la vida. P. ej. suspender un medicamento necesario, la hidratación o la nutrición. Cf. Gómez JE. *La Eutanasia*. Serie Bioética y Decisión, Universidad Anáhuac, México, 2003; 19.

al sufrimiento y al dolor, inclusive respecto de los seres queridos más cercanos, con base en esto, algunas personas toman, en ocasiones, decisiones equivocadas en el momento de la muerte.

- c) Ciertas terapias que se emplean en el paciente para mantenerle con vida.
- d) El paciente mismo o la familia se obstinan a toda costa en que se conserve la vida, pese a que el diagnóstico sea irreversible, por tratarse de una persona joven, importante, significativa para la familia, etcétera.
- e) El médico o el equipo de salud se niegan a permitir al paciente morir debido a que perciben que la muerte de su paciente es un fracaso profesional para ellos. El deber del médico consiste en hacer lo posible por aliviar el dolor y el sufrimiento, en vez de prolongarlo con cualquier medio y en cualquier condición.
- f) Por la posible esperanza de recuperación mediante la técnica de resucitación empleada que tiene el equipo de salud.

De lo anterior se entienden algunos casos en que hay ensañamiento terapéutico:

- La inutilidad de la terapia, p. ej. reanimación de pacientes agonizantes o en muerte encefálica, etcétera.
- Desproporción de los tratamientos respecto al resultado terapéutico que en el pasado se llamaron "medios desproporcionados".<sup>13</sup>
- La respuesta a la licitud de intervención es una respuesta ética que no se da al margen de la biología. Si se consideran las posibilidades de recuperación se puede agrupar a los pacientes en cuatro categorías.<sup>14</sup>

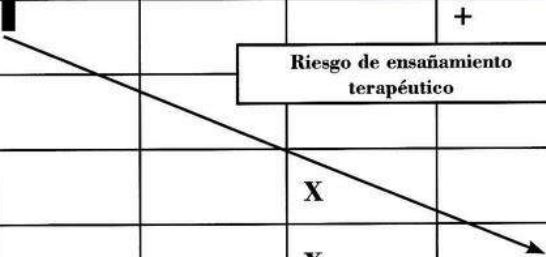
La tentación de realizar o intensificar la terapia cuando no existen capacidades de recuperación, señalan el límite crítico en donde se presenta el ensañamiento.

13. "En cualquier caso se podrán evaluar convenientemente los medios (proporcionados o desproporcionados) confrontando el tipo de terapia, el grado de dificultad y el riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación, teniendo en cuenta las condiciones del enfermo y sus fuerzas físicas y morales". Sgreccia, E. *Manual de Bioética*, Ed. Diana, México, 1996; 609.

14. Tomado y modificado de Fracapani. *Bioética sus instituciones*. Editorial Lumen, México, p.140.

| Posibilidades de recuperación / Intensidad terapéutica | Buenas                                                                            | Pocas | Casi nulas | Muerte encefálica |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------|------------|-------------------|
| Sedantes y analgésicos                                 |  |       |            | +                 |
| Cuidados psicofísicos                                  |                                                                                   |       |            |                   |
| Soporte total                                          |                                                                                   |       | X          |                   |
| Reanimación                                            |                                                                                   |       | X          |                   |

Riesgo de ensañamiento terapéutico



## CAUSAS DE LA EUTANASIA

¿Qué motivos pueden impulsar la eutanasia? Pueden señalarse algunas hipótesis:

- El deseo de las personas o sus familiares de no ser sometidos a tratamientos extraordinarios y desproporcionados cuando exista la seguridad de la muerte inminente, como sería el rechazo a estar conectados a aparatos que sostengan la vida pese a que el organismo por sí mismo ya no funcione adecuadamente.
- El que se ocasione la muerte por considerar que se tiene una vida sin calidad o que su vida no merece ser vivida en las condiciones en que está.
- El que ocasione a otro la muerte para obtener órganos para trasplantes.
- Que el dolor termine y con ello el sufrimiento del paciente y ofrecer la posibilidad de tener una muerte digna cuando las condiciones de vida son insoportables.
- Cuando la calidad de vida del enfermo no es o no será aceptable ya que no es digno del ser humano vivir sin un mínimo de calidad de vida y más aún, cuando el enfermo ya no quiere vivir.

## TIPOS DE EUTANASIA

Con o sin consentimiento del paciente que, a su vez, puede subdividirse en:<sup>15</sup>

- Activa: cuando la muerte se provoca mediante una acción directa que busque la muerte. Por ejemplo, aplicar una inyección letal.
- Pasiva: cuando la muerte es consecuencia de la omisión del soporte indispensable para la vida. Por ejemplo, suspender un medicamento necesario, la hidratación o la nutrición.

La distinción entre eutanasia activa y pasiva se refiere sólo a los medios y las modalidades, a la acción del sujeto activo, que puede consistir en hacer o en no hacer algo y no al concepto principal de la eutanasia, que es de un acto que pone fin a la vida del enfermo.

En cierto sentido, la eutanasia es siempre activa por parte de quien la provoca y casi siempre se considera pasiva por parte del enfermo.

## LA EUTANASIA: ACTO DE COMPASIÓN

El dolor actualmente se puede controlar. Ya existen medidas capaces de dar soporte vital prolongado, inclusive a pacientes con enfermedades irreversibles. Sin embargo, se confunde la eutanasia con la compasión; la verdadera compasión significa “padecer con” y “compadecer” es sinónimo de comprometerse con el otro.

La compasión se acompaña de una acción que busca el bien objetivo del otro, y no su eliminación, como sucede en la eutanasia. Al aplicar la eutanasia se priva al sujeto de toda posibilidad de curación ¿Es esto compasión? ¿Es mejor no ser que ser, pasar a la nada que vivir esa situación?

La sola posibilidad de la eutanasia ya elimina toda esperanza, y sin ella, el ser humano pierde el sentido de la vida.

Morir con dignidad no significa elegir la muerte, sino contar con la ayuda necesaria para aceptarla cuando llega. La Tanatología conoce las etapas por las que pasa el paciente en estado terminal. Lo justo es ayudarlo a aceptar la

15. Gómez-A, JE. *La Eutanasia*. Serie Bioética y Decisión, Facultad de Bioética, Universidad Anáhuac, México, Norte, 2003.

realidad con dignidad y no a evitarla, aprovechándose del paso por la etapa normal de negación en que se encuentra.

Es fácil abogar por la eutanasia por compasión cuando no implica al familiar o a la persona que lo solicita, debido que a quien se compromete será el médico para que la realice; todas las demás personas quedan al margen de la acción. Por lo mismo, esta compasión es sospechosa de esconder comodidad y desinterés, debido a que se elimina el “problema” y desaparece la exigencia de comprometerse con el ser humano que está sufriendo.

Se confunde “eliminar el sufrimiento” con “eliminar a los que sufren”. Existe actualmente una curiosa confusión en el mundo al igual que se confunde “eliminar la pobreza” con la “eliminación de los pobres”, confunde “eliminar el sufrimiento” con “eliminar a los que sufren”. Por supuesto, es bueno eliminar el sufrimiento, aunque como efecto secundario se acorte la vida, pero nunca eliminar a la persona que sufre.

Se dice que la eutanasia es un derecho: “Mi vida es mía y por lo tanto, puedo disponer de ella”. El derecho a la vida conlleva el derecho a la muerte. Sin embargo, la vida es un don para uno mismo y para los demás que le es dado, por lo tanto nadie puede disponer a su libre arbitrio sobre el fin de la misma; la libertad es la que hace digno al ser humano, ¿Cómo puede esta misma libertad atentar contra el mismo ser humano al eliminar su existencia? La libertad humana no puede estar por encima de la verdad del hombre. La dignidad es anterior a la autonomía, por tanto, la autonomía es consecuencia de la dignidad. Ya Wittgenstein comentaba “Si se permite el suicidio, todo está permitido”.<sup>16</sup>

Darse muerte es ir contra el deber más alto hacia sí mismo, puesto que se suprime la condición para cumplir cualquier otro deber. Esto traspasa cualquier frontera del libre albedrío, ya que el uso de la voluntad libre sólo es posible cuando el sujeto existe.

## PROPUESTAS ÉTICAS CONTRA LA EUTANASIA

¿En qué condiciones podemos dejar de atender una enfermedad dolorosa? ¿Cuál es el límite razonable de la atención médica a un paciente terminal? ¿Habrán casos legítimos para terminar con la vida de alguna persona que sufre? ¿Deben las leyes reglamentar y permitir la eutanasia?

16. Thomas, H. *Muerte a Petición ¿Caridad o Crimen?* VRBE et IVS Revista de Opinión Jurídica. [http://www.urbeetius.org/upload/testimonios\\_hans.pdf](http://www.urbeetius.org/upload/testimonios_hans.pdf) Consultado en diciembre 4 de 2008.

Naturalmente estas preguntas no son nuevas. En muchas culturas, como en el caso de los Espartanos (Siglo V a.C.), se sabe que se solían eliminar a las personas cuya vida se consideraba sería de intenso sufrimiento o que constituirían una carga muy severa al resto de la sociedad en términos económicos, sociales, etc. Aunque existen casos en que el sufrimiento puede parecer insuperable, nunca somos dueños de la vida, ni de la propia ni de la de los otros. Sólo somos custodios de ella.

La valoración de la eutanasia es siempre negativa. Conviene recordar que el acto moral es integral; implica la intención, el objeto moral y los medios usados en la acción. Aunque exista, de acuerdo con lo expuesto, intención correcta: el alivio del sufrimiento, el medio y el objeto moral son incorrectos. Matar a una persona lo convierte en un acto moralmente ruin.

Dicho con otros términos, la eutanasia puede ser homicidio simple; en un caso excepcional una persona matará a otra creyendo que su acción terapéutica no tenía sentido, por ejemplo, suspender un tratamiento que consideraba excesivo e inútil y resultó que no era así.

Pero si la persona o el médico tomara la decisión concientemente, se convertiría en homicidio calificado. Se entiende que si el paciente realiza la acción de matarse sin ayuda de nadie se convierte en suicidio.

Además, abrir la puerta a la eutanasia puede implicar riesgos innecesarios como abusar de la necesidad de órganos, ya que puede fomentar una cultura de acelerar la muerte para obtenerlos. De nuevo nos encontramos con la valoración del acto moral: las intenciones y la finalidad puede ser buena, ¿pero los medios son legítimos?<sup>17</sup>

## PROPUESTAS ÉTICAS CONTRA EL ENSAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

### Agonía y muerte digna

El paciente tiene la obligación moral de buscar su curación, pero tal obligación debe valorarse si los medios terapéuticos disponibles son objetivamente proporcionales a su curación, capacidades económicas, morales y espirituales. La renuncia a los medios desproporcionados o extraordinarios no equivale al suicidio o a la eutanasia; el hecho que sean retirados de una persona sólo se hace para dejar que la naturaleza siga su curso sin prolongar sufrimientos inútiles y que el enfermo tenga una muerte digna.

17. Gómez-A, JE. *La Eutanasia*. Serie Bioética y Decisión. México, 2003.

“Morir con dignidad” no es un derecho jurídico ni médico, sino exigencia ética, no es dominio sobre la muerte, es un derecho a morir de manera humana. Más que prolongar la vida a toda costa, hay que preservar la dignidad de la persona sin caer en terapias y sufrimientos inútiles. Debe recurrirse a la ortotanasia, que es el respeto del momento natural de muerte, sin acelerarla, como en el caso de la eutanasia o posponerla, como en el caso del ensañamiento terapéutico.

Para que un paciente muera con dignidad y paz es preciso que su muerte sea adecuada, lo que requiere:

- a) Que se ayude al paciente a tener un espacio para expresar todos sus sentimientos, frustraciones, rabias, miedos, depresión, etcétera.
- b) Permitir que el enfermo muera rodeado de sus seres queridos para que le brinden cariño, comprensión en sus aspectos físico, psicológico, social y espiritual.
- c) Brindar al paciente apoyo de cuidados paliativos y tanatología.
- d) Respetar la autonomía del paciente<sup>18</sup> en la decisión de los tratamientos que se le realicen y evitar acciones secretas ilegales: Cuando se trata de un niño debe tomarse en cuenta la decisión de los familiares.

Toda persona tiene derecho a morir con dignidad y paz, a que se le ayude a aliviar sus sufrimientos emocionales, así como sus dolores físicos con el empleo de analgésicos y cuidados paliativos, de tal manera que pueda superar la última fase de su vida prestando atención a todos los aspectos bio-psico-sociales-espirituales, con el fin de crear en torno al moribundo una atmósfera de confianza y calor humano, en los que sienta el reconocimiento y la alta consideración hacia su existencia. Es derecho de cada ser humano morir sin necesidad de prolongar su vida más allá de lo necesario para realizar su libertad humana; la vida es sostenida necesariamente mediante las técnicas de prolongación y reanimación y, si llega a comprobarse que ha ocurrido la muerte clínica, no tiene sentido mantener la vida vegetativa.

18. “Es evidente que mi vida me pertenece en cierto sentido. Tengo sobre ella un incontestable dominio natural: De esto se deduce que, de hecho, puedo decidir mi desaparición. Pero de ahí a sostener la existencia de un derecho de propiedad sobre uno mismo, que otorgaría a cada uno el derecho a disponer de su vida de forma absoluta, hay un paso que nuestro humanismo jurídico nos prohíbe dar” Andorno, R. *La Distinction Juridique entre les Personnes et les Choses à l'Épreuve des Procréations Artificielles*. Prefacio de F. Chabas, Paris, L.G.D.J., 1996; 93 y ss.

En otras palabras, la ética propone que no se está obligado a usar cualquier procedimiento médico para evitar que la persona muera, si esto fuera así se caería en un ensañamiento terapéutico, por lo tanto, debe hablarse de medios proporcionados o desproporcionados.<sup>19</sup>

Los medios desproporcionados son tratamientos que sólo producen una prolongación precaria y penosa de la vida. A diferencia de los medios proporcionados, que son tratamientos necesarios para poder atender adecuadamente a un paciente.<sup>20</sup>

Para valorar si un medio es proporcionado o desproporcionado debe considerarse a la persona en su totalidad bio-psico-social-espiritual, la evolución de la enfermedad y la proporción entre riesgo-beneficio que podría derivar del mismo.

### **Muerte digna: la persona como criterio fundamental**

La dignidad es inherente al ser mismo del hombre, es decir, es intrínseca a la persona; por tanto, es la misma para todos. Esta noción remite a la idea de incomunicabilidad, unicidad e imposibilidad de reducir al hombre a un simple número, sujeto de manipulación.

La norma moral y ética presupone la dignidad de la persona humana que se descubre por el hecho de existir desde el momento de la concepción hasta la muerte. Su vida no depende del grado de presencia de ciertas características como pueden ser salud, enfermedad, conciencia o realización de algunas funciones, sino, la obvia consecuencia de tal premisa consiste en reconocer el igual valor que tiene toda persona, es decir, una persona discapacitada, en estado de coma, paciente terminal o en fase terminal aunque su muerte sea in-

19. La Declaración sobre la Eutanasia de la Iglesia Católica refrenda esta idea: "Es lícito conformarse con los medios normales que ofrece la medicina. Por eso no se puede imponer a nadie la obligación de recurrir a una técnica que aún siendo de uso corriente, entrañe el riesgo de resultar onerosa o lo sea de hecho. No debe permitirse que el equipo de salud se haga dueño y señor de la vida y la muerte. En el caso de un paciente que se encuentre en coma prolongado e irreversible, y su vida este reducida al ejercicio de sólo las funciones vegetativas, o en el caso de enfermos en la fase final de su enfermedad cuya muerte es inminente y sólo sean mantenidos en vida artificial, sin esperanza alguna de recuperación o mejoría, no se está obligado a utilizar medios extraordinarios o desproporcionados". [http://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_19800505\\_euthanasia\\_sp.html](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_sp.html) Consultado en mayo 7 de 2008.

20. Ante la inminencia de una muerte inevitable a pesar de los medios utilizados, es lícito tomar conciencia de la decisión de renunciar a tratamientos que proporcionarían una prolongación precaria y penosa de la vida, sin interrumpir no obstante los cuidados normales debidos al enfermo en casos semejantes.... por cuidados normales se entiende; alimentación, hidratación, oxigenación, aspiración de secreciones y limpieza de escaras". Sgreccia, E. *Manual de Bioética*. Diana, 1ª. ed., México, 1996; 609.