

ANÁLISIS DE LOS MOTIVOS DE PETICIÓN DE LA TÉCNICA EUTANÁSICA POR PARTE DE LOS ENFERMOS

Joaquim Bosch Barrera

Vocal y Socio Fundador de ABEM (Asociación Bioética de Estudiantes de Medicina), Estudiante 5º medicina (Universidad de Barcelona), investigador del Laboratorio de Genética Molecular del Departamento de Fisiología Humana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona. C/Casanova, 143. Barcelona (08036). E-mail: kim@girona.com

Resumen

Los motivos de petición de eutanasia pueden agruparse en cinco: el dolor, el sentimiento de inutilidad, la depresión, los motivos familiares y la falta de trascendencia. Una correcta detección de ellos debe permitir al médico tratarlos haciendo innecesaria la aplicación de la técnica eutanásica, que no deja de ser una práctica todavía ilegal en la mayoría de los países del mundo y rechazada por la Asociación Médica Mundial y los más importantes códigos éticos médicos. **Palabras clave:** eutanasia, dolor, cuidados paliativos, depresión, final de la vida.

Abstract

The euthanasia claim's motives may be grouped in five: the pain, the useless feeling, the depression, the family motives and the fault of transcendence. A correct diagnostic of them will allow physicians to treat them and then it will be unnecessary the application of euthanasia, that isn't no more that an illegal practice in the majority of countries and it is refused by the World Medical Association and the most important principles of the medical and bioethical deontology. **Key Words:** Euthanasia, pain, paliative care, depression, death final.

Título abreviado:

Motivos de petición de la técnica eutanásica

1. Introducción:

Si alguien tiene en mente que algún día llegará el final de su vida, la muerte, ése es el enfermo, y especialmente el enfermo terminal. Por esta razón, la aplicabilidad de la técnica eutanásica siempre se ha centrado entorno al enfermo¹: un ser humano que padece una disfunción de su organismo y que se encuentra hospitalizado o atendido por un equipo sanitario que sería el encargado de aplicar la técnica eutanásica, ya que el suicidio no se considera eutanasia.

Gran parte de la medicina de hoy en día consiste en el tratamiento sintomatológico de las enfermedades: si hay edema dar diuréticos, si hay fiebre dar fármacos antipiréticos,... Para poder realizar esta medicina es necesario disponer de técnicas diagnósticas que nos permitan detectar estos problemas y una terapéutica eficaz. Haciendo una comparación de esta metodología médica, pienso que ante un enfermo que nos pide la técnica eutanásica, primero deberíamos detectar (diagnosticar) el motivo de esta petición y ver qué podemos hacer para solucionar este problema, si es que podemos hacer algo. A continuación expondré cuáles son los posibles motivos de petición de eutanasia y veremos qué terapéutica podemos aplicar. La distinción entre los motivos es puramente por razones

analíticas, ya que muchas veces se acompañan varios motivos o es difícil distinguir donde empieza uno u otro.

El dolor:

La única vez que un paciente me ha pedido la eutanasia ha sido por este motivo. Se trataba del Sr. Ernesto, un paciente que ingresó por una cefalea (dolor de cabeza) intensa y continua y hiperalgesia del cuero cabelludo (el roce de la cabeza con la almohada le causaba un dolor de cabeza que no le permitía dormir). El paciente acudió al hospital tras consultar con varios médicos que no lograron diagnosticarle su enfermedad. Por la historia clínica se orientó como posible arteritis de Horton (una inflamación de la arteria temporal de la cabeza). El paciente, ante la persistencia de este cuadro comentó de forma privada que “si tengo que continuar así, me pongan una inyección y que se acabe todo esto, porque así no puedo seguir viviendo”.

Al Sr. Ernesto se le realizó una biopsia de la arteria temporal con lo que se consiguió confirmar el diagnóstico y se le inició el tratamiento adecuado. El dolor de cabeza desapareció a las 24 horas de la administración de los glucocorticoides y el enfermo se dio de alta al poco tiempo. El paciente, posteriormente, no hizo ninguna otra referencia a la inyección que acabara con su vida.

Este caso pienso que es muy útil ya que ejemplifica muy bien el enfoque que debemos tener ante un enfermo que nos pide la técnica eutanásica. En primer lugar hay que detectar cuál es el motivo de fondo que le mueve a pedir la eutanasia (en este caso es el dolor, más adelante trataremos los demás motivos) y entonces hay que procurar, con la ayuda de los avances de la medicina, solucionarlo.

La solución rápida hubiera sido aplicar la técnica eutanásica. El problema lo habríamos solucionado, y además habríamos respetado el derecho de autonomía del enfermo². Sin embargo, estoy seguro que nadie piensa que habría sido el método más apropiado, independientemente del hecho que actualmente es ilegal y no está aceptada por ninguno de los códigos éticos médicos, ya que hemos reducido drásticamente la esperanza de vida de esa persona (hemos acabado con ella), mientras que con este tratamiento del dolor hemos alargado su vida conservando una buena calidad de vida.

Los partidarios de la legalización de la eutanasia nos la presentan como un acto de piedad (misericordia) hacia el dolor y sufrimiento del enfermo terminal: ¿para qué vivir una vida que no es digna de ser vivida? Enfocado el tema desde esta perspectiva, pudiera parecer humanitario aplicar la eutanasia³. Sin embargo, esta perspectiva es engañosa, ya que olvida que el dolor se puede tratar. El dolor es una sensación fisiológica desagradable que percibimos a través de los nociceptores (receptores del dolor). Esta sensación tiene una misión, que muchas veces es indicarnos que algo no va bien: nos estamos quemando, te has roto la pierna,... Es conocido que los peores tumores son los que no causan dolor, ya que crecen sin que se detecten y cuando los diagnosticamos entonces la medicina es incapaz de curarlos porque ya se han malignizado y realizado metástasis.

Una vez el dolor ya no nos es útil (porque ya sabemos la etiología que está causando dolor) es absurdo e inhumano mantener el enfermo en un estado de postración innecesario. Además, se ha demostrado que el tratamiento médico del dolor mejora también la evolución de la enfermedad del paciente, ya que disminuye todo un conjunto de cascadas de reacciones que se activan por el dolor

y que sólo conducen a un peor estado de calidad de vida.

Como ya he dicho antes, hoy en día disponemos de baterías farmacológicas y un conjunto de técnicas quirúrgicas y no quirúrgicas (por ejemplo radioterapia para las metástasis óseas) que nos permiten controlar el dolor en el enfermo terminal⁴.

Desde hace tiempo se ha dicho que la morfina y sus derivados acortan la vida a causa de su acción. Debemos diferenciar, sin embargo, que una cosa es acabar con la vida del enfermo para evitarle el dolor, y otra cosa muy diferente es tratar el dolor del enfermo, aunque esto conlleve como efecto secundario (como lo tiene cualquier fármaco) una disminución del tiempo de vida. Pienso que esta idea queda magistralmente expresada en la siguiente cita: “La medicina debe luchar contra el sufrimiento por causa de la persona y no debe irse en contra de la persona por causa de su sufrimiento”⁵. Debo decir, también, que este tópico sobre el acortamiento de la esperanza de vida por los morfínicos parece demostrarse cada día más falso según expertos en terapia antiálgica, ya que, como ya hemos dicho, al tratar el dolor suprimimos reacciones que sólo conducen al deterioro del cuerpo, y por tanto, frenamos la muerte.

Finalmente, quisiera dedicarme brevemente a diferenciar dos vocablos, que muchas veces se utilizan como sinónimos, aunque no lo son estrictamente. En primer lugar tenemos el dolor, que es la sensación desagradable que tiene tratamiento del que ya hemos hablado. En segundo lugar está el sufrimiento. Muchas veces el sufrimiento se acompaña del dolor, aunque no es sólo el dolor. Sufrimiento es también la angustia ante la muerte, la nostalgia por dejar a los seres queridos, la ansiedad sobre la incertidumbre del más allá... Este sufrimiento no se puede tratar con pastillas (aunque depende del caso los ansiolíticos pueden ayudar), sino que se debe tratar con humanidad (ya que es un problema que sólo tenemos los humanos, por ser seres racionales): escuchando, conversando, animando, consolando.... La tecnificación de la medicina ha producido como efecto adverso la deshumanización de los médicos, que sólo ven cuerpos enfermos y no personas enfermas en sus pacientes.

El sentimiento de inutilidad:

Cualquier persona que haya estado en contacto con enfermos convalecientes habrá experimentado algún caso de frustración del enfermo ante su dependencia. En primer lugar quisiera recalcar que, sobretodo para el personal sanitario, es importante escuchar qué es lo que le preocupa al enfermo, ya que muchas veces cuando empieza a hablar de esto se cambia rápidamente de tema, cuando el escuchar y consolar al enfermo puede ser más importante que ajustar el tratamiento antibiótico. Si no, caemos en la trampa de que sólo curamos cuerpos y no personas... es evidente que debemos curar también el cuerpo, pero no podemos olvidar que también es una persona.

Nos encontramos en una sociedad altamente pragmática y competitiva. Esto, que no por fuerza debería ser malo, ha llegado a convertirse en una obsesión de nuestra sociedad, en la que quien no produce debe ser marginado y rechazado. Hace tiempo que el hombre superó el estadio evolutivo del *Homo faber*, para llegar a ser el *Homo sapiens*, sin embargo, muchas veces lo olvidamos y despreciamos a los ancianos porque son una carga, cuando deberíamos tenerlos muy en cuenta, ya que son la voz de la experiencia, del saber (véanse culturas como la china o de algunos pueblos

tribales de Africa, dónde el anciano se venera y tiene un papel social muy importante)⁶.

Todo esto ha convertido al enfermo incapacitado (ya sea por edad o por invalidez), en una persona sin sentido, ya que hemos asociado nuestra misión en este mundo en nuestro quehacer profesional o en lo que podemos hacer y no en lo que somos.

Quisiera hablar en este contexto de Viktor Frankl, psiquiatra alemán y judío, discípulo de Freud y Adler, que sobrevivió a un campo de exterminio nazi durante la segunda guerra mundial. Frankl fundó la logoterapia, que se centra, en contraposición a la voluntad de placer de Freud y la voluntad de poder de Adler, en la voluntad de sentido. Frankl citaba a Nietzsche que decía: “cuando hay un porque vivir, casi siempre se puede soportar cualquier como”. Después de su experiencia en el campo de exterminio, Frankl hacía más categórica esta afirmación diciendo que “si hay un porqué vivir, se puede soportar cualquier como”⁷.

El pensamiento de Frankl sobre la eutanasia puede verse en la siguiente cita: “Decimos por encima de cualquier condición y circunstancia, como puede ser la enfermedad, incluso la enfermedad incurable y la enfermedad mental incurable, lo que a su vez quiere decir: la vida humana es digna de ser vivida, aun en los casos en que más bien pudiera parecer que es una “vida que no merece la pena”, y que solamente la eutanasia está indicada”⁸.

La actitud del médico (y en extensión del personal sanitario y familiares) ante la desesperanza y frustración del enfermo debe ser ayudarle a encontrar el significado y sentido de su dolor (que debe ser tratado) y su sufrimiento. Es difícil poder dar una solución general, ya que debe personalizarse este tratamiento y valorarse creencias religiosas, qué daba sentido antes a su vida, existencia o inexistencia de apoyo familiar, rol social, qué cosas puede hacer todavía,.... Sin embargo, es posible solucionar este problema, como ha demostrado la logoterapia.

Depresión

Nos encontramos ante una enfermedad psiquiátrica que tiene un tratamiento médico. Es importante tener en cuenta que el enfermo terminal puede estar deprimido, y una forma que tenemos de detectarlo son sus deseos de autolisis (hacerse daño). Por este motivo, quizás cuando el enfermo terminal nos está pidiendo la eutanasia, tan sólo nos está mostrando un síntoma de una nueva enfermedad que está desarrollando: la depresión.

Según un estudio realizado por el COMB (Colegio Oficial de Médicos de Barcelona), un 60% de los enfermos terminales están deprimidos, de los cuales un 25% están muy deprimidos⁹. Así, pues, su prevalencia no es nada despreciable y debemos tenerla muy en cuenta, ya que, este trastorno psiquiátrico haría desaparecer la supuesta autonomía del enfermo para pedir la eutanasia si esta se legalizara.

Así mismo, también se ha argumentado en el campo de la psique humana que el mismo hecho de estar en un estado terminal, así como la medicación que muchas veces se les da a estos enfermos, casi hace imposible un funcionamiento normal del sistema nervioso central y por tanto, el enfermo puede estar incapacitado para ejercer su derecho de autonomía, algo que deberá valorar un psiquiatra cualificado¹⁰.

Motivos Familiares

Es evidente que existen familias ejemplares y heroicas, que cuidan de sus enfermos con una dedicación digna de todo elogio. Sin embargo, cada vez más abundan las familias que declinan sus responsabilidades de apoyo al familiar enfermo al personal sanitario, como si ellos debieran ser los únicos encargados de cuidar al enfermo.

Es sorprendente ver como en verano los hospitales pequeños se llenan de abuelos y se convierten en residencias geriátricas de verano. Es lógico, por tanto, que los enfermos, sobretudo ancianos, se vean, fruto de esta actitud de los familiares hacia ellos, como una carga, una molestia, algo que impide que sus seres queridos (aunque este amor no sea correspondido) hagan su vida y disfruten de ella.

Por tanto, una vez legalizada la eutanasia (si algún día llega este día), deberá tenerse muy en cuenta hasta que punto los enfermos terminales no piden la eutanasia para evitar “molestias” a sus familiares y no para evitarse ellos dolor y sufrimiento (aumentado seguramente por esta actitud fría y distante de sus seres más allegados).

Un capítulo aparte es el papel de los familiares ante los enfermos terminales que no pueden ejercer su autonomía (fruto de un coma o una demencia grave por ejemplo). No sería ético ignorar las decisiones de los familiares, si estos son los representantes del enfermo. Sin embargo, el médico también debe recordar que debe defender los derechos del enfermo si los familiares se oponen a ellos. No es excepcional el hecho de querer acelerar la muerte de un familiar para poder hacer el entierro antes de las vacaciones. Todo ser humano tiene derecho a seguir viviendo su vida hasta que esta se acabe, y no hasta que otro hombre decida que ha vivido suficiente tiempo.

Pérdida de la trascendencia

Daré comienzo a este último motivo de petición de eutanasia con un ejemplo positivo. Recuerdo que durante mi paso por el servicio de cardiología tuve una enferma de 75 años, con una insuficiencia cardíaca grado IV (la más severa) que estaba al máximo de tratamiento farmacológico y que no podía recibir un trasplante cardíaco dada su edad y otros factores de riesgo (obesidad mórbida entre otros). La señora en cuestión se pasaba un mes en el hospital y cinco días en casa, tiempo que tardaba en volver a descompensarse. Según muchos, esto sería un ejemplo claro de mala calidad de vida. Sin embargo, la enferma comentaba que tenía que seguir con vida un año más, ya que dentro de un año se casaba su nieta, y que ella quería mucho a su nieta y no podía faltar a su boda.

Pienso que este es un buen ejemplo de mantener la trascendencia en la enfermedad. La paciente se olvida de sus problemas y piensa en su nieta, a la que quiere, y por ella soporta su enfermedad y sus consecuencias (el amor a su nieta expresado en el deseo de asistir a su boda da sentido a su enfermedad).

Si quisiéramos un ejemplo negativo, es decir, de alguien que se cierra en sí mismo y en su dolor, recomendaría la lectura del libro *Crimen y Castigo* de Fiodor Dostoievski. Cuando nos cerramos en nosotros mismos acabamos por incrementar nuestro dolor y sufrimiento y amargándonos, y una vida amargada la verdad es que no merece mucho la pena vivirla. La solución no es matar al paciente, sino ayudarle a salir de sí mismo, mostrarle que nos preocupamos por él y que él puede preocuparse

por nosotros y los que le rodean.

Finalmente, un breve comentario sobre la dimensión (transcendencia) religiosa. Pienso que puede ayudarnos mucho la siguiente cita: “Así encontramos enfermos que mantienen viva la relación con el más allá de su muerte: supervivencia, relación con Dios. Y piden dialogar sobre estos temas que, a veces, les producen preocupaciones, nerviosismo o también esperanza. Todos los miembros del equipo sanitario hemos de saber mantener un diálogo satisfactorio con los enfermos en estos temas vitales, de matiz filosófico y religioso. Cuando el diálogo del profesional con el enfermo presenta dificultades, entonces es el momento de llamar al asistente religioso como “especialista” en la materia”¹¹. Pienso que no hace falta decir nada más al respecto.

Conclusiones:

Cinco son los principales motivos que pueden conducir al enfermo a pedir la eutanasia: el dolor y/o sufrimiento, el sentimiento de inutilidad, la depresión, la relación con los familiares y la falta de trascendencia o cierre en uno mismo.

Existe tratamiento farmacológico y quirúrgico eficaz para el dolor, hecho que hace innecesario el planteamiento de la eutanasia como método para evitar dolor al enfermo.

Debemos recordar que tratamos personas enfermas y no sólo cuerpos enfermos. Por tanto, a parte de curar, debemos también aliviar, consolar y ayudar al enfermo a encontrar un sentido a su situación actual de paciente.

La depresión es muy frecuente en los estadios terminales de las enfermedades. Debemos considerar hasta que punto cuando el enfermo nos pide la eutanasia no nos está diciendo que está deprimido o que quiere más atención.

Debemos tratar también a los familiares y hacerles ver que desarrollan un papel muy importante en el proceso de curación del enfermo, así como de su felicidad en sus últimos momentos de vida.

No podemos dejar que los enfermos se cierren en sí mismos y hagan incrementar su sentimiento de soledad y sufrimiento. Debemos estar preparados para mantener conversaciones sobre el más allá con nuestros enfermos y pedir ayuda a sacerdotes, pastores, rabinos,... cuando superen nuestros conocimientos o capacidad.

La eutanasia nunca debe considerarse como un tratamiento médico adecuado, ya que existen terapias eficaces que hacen innecesaria su aplicación, además de ser un crimen que va contra los más elementales principios de la bioética, como son el de no maleficencia y el de beneficencia (acabar con la vida del enfermo nunca es bueno, aunque elimine drásticamente el dolor, ya que hay otros métodos alternativos eficaces), además de vulnerar algunos de los principios elementales de la buena praxis médica como son el “primum non nocere” (primero no hacer daño, como por ejemplo acabar con la vida) y los códigos deontológicos médicos, como el juramento hipocrático (“nunca daré un veneno a un paciente aunque me lo pidiere”).

Agradecimientos:

Agradecer el asesoramiento para la elaboración de este artículo del Dr. Joan Vidal Bota (MD, PhD, Especialista Cardiólogo Pediátrico, Máster en Bioética por la Universidad de Barcelona, Pre-

sidente de ACEB (Asociación Catalana de Estudios Bioéticos) y de Santiago Fernández Burillo (Filósofo, Máster en Bioética por la Universidad de Murcia y miembro de ACEB). También agradecer la colaboración del Dr. Antonio Villalonga (Jefe del Servicio de Anestesiología y Jefe de la Clínica del Dolor del Hospital Josep Trueta de Girona y Director de la Revista de Anestesiología de España).