



II JORNADAS DE OTOÑO DE APC: "Dignidad humana y derecho a la vida" Mesa redonda 23-11-06: "Derecho a morir dignamente. La eutanasia."

LOS QUE SUFREN NO SON LOS CUERPOS, SINO LAS PERSONAS

En el siglo XXI, los fines del nuevo campo de la salud son resumidos por Callahan (2000) en dos, considerados de igual categoría, prioridad e importancia: a) prevenir y curar las enfermedades, el objetivo de la medicina de siempre; y b) ayudar a las personas a morir en paz. No se trata ya de preservar la vida a cualquier precio, sino de aliviar en lo posible el sufrimiento y tratar de apoyar el proceso de morir dignamente.

Puede leerse en el Informe Hastings (Hastings Center, 1996): *"la amenaza que representa para alguien la posibilidad de padecer dolores, enfermedades o lesiones puede ser tan profunda que llegue a igualar los efectos reales que éstos tendrían sobre el cuerpo"*. Sufrimiento, miedo, angustia, ansiedad y amenaza son términos psicológicos que aparecen con profusión en el nuevo modelo médico. Es obvio, por tanto, que los psicólogos tienen mucho que aportar a los equipos sanitarios para la intervención de la enfermedad terminal, en la tarea común de mejorar y paliar no sólo la sintomatología somática del enfermo, sino también su calidad de vida emocional y existencial.

En el panorama sanitario de hoy en día el dilema de la eutanasia es real, aunque no prioritario para la mayoría de los millones de personas que se mueren cada año. De tal forma que desvía nuestra atención de un aspecto que es más importante, universal y previo: conseguir que la mayoría de las personas mueran en paz no es, esencialmente, un problema de eutanasia ni de suicidio asistido. Es un problema de solidaridad, de apoyo emocional, de sensibilidad de los profesionales de la salud, de counselling, de cuidados paliativos puestos al alcance de todos.

No nos valen, en el caso de la eutanasia, los resultados de las consultas populares, al menos en la forma en que usualmente suelen plantearse. Nuestra sociedad vive alejada de la muerte real. Los jóvenes y no los ancianos constituyen la "sabiduría" de nuestra cultura de consumo. Muchas personas que se muestran favorables a la eutanasia nunca han visto morir a nadie ni se han enfrentado siquiera a la muerte psicológica. Para ellos la muerte no existe. Sólo mueren los demás. Y es fácil opinar sobre la vida de los demás.

En todo caso, en mi opinión la legalización de la eutanasia y/o suicidio asistido no constituye una respuesta adecuada al imperativo médico del que nos habla Callahan. La implantación universal de los cuidados paliativos es, a juicio de la OMS más urgente y prioritaria.



Al centrar la atención de la opinión pública en el problema de la eutanasia se corre el riesgo de devaluar las vidas de la mayoría de los pacientes en situación terminal y de proporcionar una excusa a los responsables de la sociedad para que abduquen de la responsabilidad sobre su cuidado. Los datos de que se dispone (por ejemplo el informe SUPPORT de 1995) sugieren que, en la actualidad la mayoría de los profesionales sanitarios poseen un adiestramiento escaso e inadecuado, tanto desde el punto de vista somático como comunicativo y emocional para tratar a los enfermos que se acercan a la muerte -incluidos aquellos que solicitan la eutanasia o el suicidio asistido- y aliviar su sufrimiento.

Por otro lado, al querer dar respuesta al problema con la eutanasia o el suicidio asistido desde una perspectiva precipitada se podrían incurrir en diversos errores que se omiten en el discurso popular:

1. La posibilidad de que muchos enfermos al pedir la eutanasia se encuentren bajo los efectos de un trastorno psicológico. Añadiremos que ya se podría considerar trastorno psicológico el no querer seguir viviendo en la situación que sea, puesto que como nos mostró Víktor Frankl *"todo aquello que amamos nos lo pueden arrebatarse; lo que no nos pueden quitar es nuestro poder de elegir qué actitud asumimos ante esos acontecimientos"*, porque si no somos libres para elegir la enfermedad, sí existe la posibilidad de elegir una actitud de afrontamiento ante ella como es propio de la naturaleza humana desde una perspectiva personalista. Y es que, la muerte que se desea cuando la vida se hace insoportable es propio de la persona que lanza un grito de angustia diciéndonos que no quiere vivir en la situación que está, y no es que lo que quiera sea morir per se; ya que éste deseo desaparece cuando la persona es atendida en todas sus necesidades.

De hecho, en países como Holanda (2001) y Bélgica (2002) se está observando que los casos de eutanasia están disminuyendo consecutivamente en estos años y se sospecha de que esta disminución podría deberse a una mejor aplicación de los Cuidados Paliativos.

2. Del otro lado, la dificultad real, y que se soslaya, para determinar la competencia o incompetencia de muchas personas con el fin de poder atender a su demanda de suicidio asistido llevan a algunos expertos a plantear serias objeciones al procedimiento, además del trauma que pueda suponer dicha experiencia contraria a su juramento hipocrático. ¿Cómo deberían los médicos con pobres habilidades de comunicación y escaso conocimiento de las estrategias del counselling disponer del



poder de decidir que la eutanasia es la mejor solución para aquellos pacientes que piden que se les quite la vida?

3. Y de ambas surge el posible abuso que pueda hacerse de la eutanasia, si se legalizara, tanto por parte de familiares como de las instituciones:

¿Hasta dónde podrían resistir algunos enfermos y sanitarios la presión de los familiares angustiados? ¿Acaso la existencia de una ley de este tipo no podría constituir una presión moral y psicológica para aquellos que preferirían seguir viviendo pero saben que son una carga para sus seres queridos?

¿Acaso esta presión no representa un impedimento a la autonomía individual? ¿Es compatible la presión de sentirse una carga para un ser querido con el ejercicio de la autonomía?

¿Puede una mala situación socioeconómica pervertir la libertad de elección? ¿Hasta qué punto una persona pobre, o que vive en una determinada área geográfica, es tan autónoma como una rica?

Y desde otro punto de vista, nos podríamos preguntar: si la eutanasia es una buena solución para evitar que las personas competentes padezcan un sufrimiento intolerable, ¿cómo podremos negarles esta misma solución a personas no competentes que padezcan un sufrimiento aparentemente similar?

Pero, ¿por qué la gente pide la eutanasia?

RAZONES MÁS CITADAS POR LOS PACIENTES PARA SOLICITAR UNA MEDICACIÓN LETAL EN EL ESTADO DE OREGÓN (EE.UU. 2000)

1. Pérdida de independencia (57%)
2. Pobre calidad de vida (55%)
3. Estar preparado para morir (54%)
4. Desear controlar el proceso de morir (53%)



5. **No encontrar sentido a la continuidad de la existencia (47%)**
6. **Dolor físico (43%)**
7. **Pérdida de dignidad (42%)**
8. **Verse a sí mismo como una carga (38%)**
9. **Fatiga (31%)**
10. **Incapacidad para cuidar de sí mismo (31%)**
11. **Incapacidad para realizar actividades placenteras (30%)**
12. **Querer morir en casa (28%)**

Al contemplar las razones de los pacientes para solicitar la eutanasia y suicidio asistido en las investigaciones realizadas lo primero que nos llama la atención es que de las 12 razones más citadas para solicitar el suicidio asistido, sólo 2 de ellas se refieren a sintomatología física: la fatiga y el dolor físico. De las restantes 6 podrían englobarse dentro del concepto "falta de control", quizá 2 a tendencias depresivas y otras 2 a no poder llevar a cabo actividades placenteras.

Siguiendo con el informe de las investigaciones, al menos en algunos casos las personas cambiaron sus ideas suicidas iniciales al ofrecerle un tratamiento paliativo.

Parece que, bastantes enfermos, los aspectos negativos producidos por su percepción de dependencia y falta de control tienen, en las demandas de suicidio asistido, una importancia mayor que el malestar suscitado por los síntomas físicos.

Por tanto, sin minusvalorar la importancia del control de síntomas, estimo prioritario en este tipo de enfermos, desde un enfoque paliativista del problema, centrar la atención en lo que podríamos denominar cuidados emocionales.

Concluyo parafraseando al Catedrático de psicología Ramón Bayés (pionero en España del estudio de la Psicología del sufrimiento, la muerte y de los cuidados paliativos):



JUAN DE DIOS SERRANO RODRÍGUEZ
PSICÓLOGO PERSONALISTA
N° Colegiado: S-05126
Telf.: 657786841. e-mail: psicojuande@hotmail.com

CONSULTA PSICOLOGÍA – PSICOTERAPIA
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
Avd. del Brillante, 106. Córdoba
Cita Previa: 957274811



Eric Cassell, Cecily Saunders y Elisabeth Klüber-Ross sembraron una semilla de compasión, largo tiempo olvidada que servía de alimento a antiguos peregrinos sumidos en la desgracia y el olvido. Y sus palabras han conseguido hacer crecer el árbol de los cuidados paliativos. Callahan, el gran jardinero de nuestros días, nos propone que tratemos de buscar abonos, hacer podas, intentar injertos, disponer riegos, capaces de hacer crecer el árbol hasta que sea capaz de cobijar bajo sus ramas y ofrecer la frescura de su sombra no sólo a unos pocos caminantes sino a toda la humanidad sufriente.

Pongámonos en marcha. O redoblemos nuestro esfuerzo si ya estamos en camino.