

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

IZTAPALAPA

DIVISION DE CIENCIAS SOCIALES

Y HUMANIDADES

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA

REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA EUTANASIA

TESINA

PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN

PSICOLOGIA SOCIAL

PRESENTA

FLORES SERRANO EDITH

ASESORA: BAUTISTA LOPEZ ANGELICA

LECTORES: LIC. VAZQUEZ MORALES CARLOTA

DRA. PALEO RODRIGUEZ FRANCIS

PSIC .DAVID MIGUEL GUZMAN

Three handwritten signatures in red ink are positioned to the right of the text. The top signature is the most prominent and appears to be 'Francisco Paley R'. Below it is a smaller signature, and at the bottom is another signature that appears to be 'David Miguel Guzman'.

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

I Z T A P A L A P A

DIVISION DE CIENCIAS SOCIALES

Y HUMANIDADES

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA

REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA EUTANASIA

TESINA

PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN

P S I C O L O G I A S O C I A L

P R E S E N T A

FLORES SERRANO EDITH

ASESORA: BAUTISTA LOPEZ ANGELICA

LECTORES: LIC. VAZQUEZ MORALES CARLOTA

DRA. PALEO RODRIGUEZ FRANCIS

PSIC .DAVID MIGUEL GUZMAN

sa parte de mi, de mi interior, que me duele, que
E me sana, que me quiebra, que me levanta, esa
dignidad de mi ser, de mi vida, que se lleva la
muerte, que me permite, que me la presta, que
me la quita Dios. Te la doy a ti, te la entrego, te la
regalo, pero que es, en que se convierte, como lo
denominas, cobardía, hacer sentir culpables a otros,
no lo se, no lo entiendo ¿Esta en tus manos mi vida
o se encuentra en las mías? Doctor, medico,
confidente.

uien me lo contesta, me lo responde, el pecado, la
Q bondad, **la eutanasia**, mírame **yo soy el que**
sufre, ayúdame.

**CUANDO ME HAYA IDO, DESPRENDANSE Y DEJENME IR
TENGO TANTAS COSAS QUE VER Y HACER. NO DEBEN
ATARME A SUS LÁGRIMAS
SEAN FELICES, TUVIMOS TANTOS AÑOS JUNTOS Y YO
LES DI MI AMOR
USTEDES SOLO PODRAN TRATAR DE ADIVINAR CUANTA
FELICIDAD ME DIERON
PERO AHORA ES TIEMPO DE QUE VIAJE YO SOLO
ASI ES QUE SI SE SIENTEN TRISTES POR MI, HAGANLO
POR UN RATO NADA MÁS, DESPUES...
QUE SU TRISTEZA SE CONVIERTA EN CONFIANZA Y FE
ES SOLO POR UN MOMENTO QUE VAMOS A ESTAR
SEPARADOS, ASI QUE BENDIGAN LOS RECUERDOS DE
SU CORAZON.
YO NO ESTARE LEJOS, PORQUE LA VIDA CONTINUA
Y SI ME NECESITAN, LLAMENME Y YO VENDRE...
AUNQUE NO ME PODRAN VER NI TOCAR, YO ESTARE
CERCA
Y SI OYEN CON SU CORAZON, ESCUCHARAN A SU
ALREDEDOR MUY SUAVE Y CLARAMENTE MI AMOR
LUEGO CUANDO LES TOQUE VENIR POR ESTE MISMO
CAMINO, YO SALDRE A RECIBIRLOS CON UNA SONRISA
Y A DARLES LA BIENVENIDA A SU CASA.**

**DEDICADO A LA MEMORIA DE
ADRIAN FLORES SERRANO
(1971-2003)**

Resumen

El siguiente trabajo que se le presenta al lector es una recopilación de información y de testimonios de personas que han visto de cerca la muerte o que la viven día con día en una sala de operaciones o en un pasillo de un hospital, la parte por la cual se ha tomado o se ha volteado o se ha comentado **la eutanasia**, ha sido por el dolor y el sufrimiento del paciente, la razón por la cual fue que se estudio a la parte médica del tema fue porque considero que son los primeros involucrados en la salud o en la enfermedad de un paciente terminal. El fin de esta investigación es dar a conocer esas partes que involucran una realidad muy difícil, que como podemos demostrar y reafirmar que es través de la Representación Social de los doctores y enfermeras, una buena forma de hacerlo ya que nos pone enfrente de su vida cotidiana para poder conocer la forma de pensar que tienen acerca de este tema, por medio de las imágenes, ideas, percepciones y atribuciones que influyen a los doctores y enfermeras para tener cierta percepción de la realidad que esta compuesta por una relación de lo visible y la apariencia, es decir de lo que ha pasado con lo actual. Uno de los procesos importantes que están en juego con esta temática es la del anclaje ya que con una representación objetivizada, naturalizada y anclada, es utilizada para Interpretar, orientar y justificar los comportamientos transmitidos a través de la comunicación social.

INTRODUCCION.

Considero que la problemática de la aceptación de la practica de la eutanasia es socialmente importante ya que contiene aspectos culturales, morales e ideológicos que se han inculcado en nuestra familia, y en nuestra sociedad, del momento y del como debe de morir el individuo. Se considera en el aspecto religioso, que uno debe de morir cuando Dios lo disponga que existe “un tiempo para morir” (Eclesiastés 3,2), cuando ese tiempo llega el hombre ya no tiene obligación de prolongar su vida; en el aspecto clínico cuando el cerebro ya no funciona, pero ¿Qué pasa con nuestras políticas y con nuestra legislación para castigar o prohibir la EUTANASIA?

Por otro lado se considera que cada uno tiene ese poder o esa impotencia de disponer de la vida propia, “el poder de disponer de la vida ante su impotencia ante la muerte, el poder de dar la muerte ante la impotencia de superar el dolor, la soledad y la angustia. Un poder que procede de su impotencia, un poder que revela la profunda debilidad e incapacidad y contingencia del ser humano. Un poder, al fin de cuentas, pobre y aniquilante.

Estudiando al enfermo terminal históricamente podemos ver que existen diversos contextos que están vinculados con este (enfermo) en su mejoría o el empeoramiento de su salud. Pero es a través de estos que se considere el dilema de la practica de la eutanasia. Esta familia, esta sociedad, este vivir con uno mismo es lo que orilla a querer vivir o morir en una enfermedad terminal.

Actualmente se ha notado que existe un poco más de difusión acerca de la eutanasia que hace unas décadas, no afirmando con esto que en nuestro país necesita saber más de lo que nos involucra a todos ya sea pasiva o activamente con el problema. La eutanasia ha existido así como el propio genero humano, pero no se conocía como tal.

Este tipo de temas pasa por desapercibido con aquellas personas que no están viviendo con algo semejante. Pero cuando se llega a saber del tema es imposible el dar su opinión, considerando como un acto criminal o como un acto de compasión o bondad.

Este fenómeno de la eutanasia pasiva o activa se presenta todos los niveles socioeconómicos sin distinción de sexo, raza, o edad, aunque salta a la vista que predomina más en las zonas de bajos recursos por el no apropiado tratamiento o cuidados que así corresponden.

Uno de los actores más importantes que se involucran con este tipo de situaciones es el doctor, esa persona que por piedad o por ética paciente-doctor practica la eutanasia, o por este mismo que no la practica por que considera que esta fuera de sus manos por que no es la persona adecuada para decidir sobre la vida de una persona; sea cual fuere su religión, situación económica, calidad de vida.

La palabra clave que nos lleva a conjuntar todos estos aspectos importantes en la enfermedad de un individuo, es EUTANASIA, es la palabra que nos da la pauta a pensar que existe más allá de el dolor y el sufrimiento de un paciente y también por otro lado nos da la pauta a pensar que la muerte es sagrada y que cuando llega nuestro momento lo debemos aceptar.

INDICE

RESUMEN.....	III
INTRODUCCIÓN.....	IV
CAPITULO I ANTECEDENTES DE LA EUTANASIA	
1.1 Historia de la eutanasia.....	1
1.2 Principales casos recientes de la eutanasia.....	7
CAPITULO II REPRESENTACIÓN SOCIAL	
2.1 Introducción.....	13
2.2 Definición en torno a la Representación Social.....	16
2.3 Procesos de la Representación Social.....	21
2.3.1 Objetivación	
2.3.2 Anclaje	
2.4 El sentido común en la Representación Social.....	24
2.5 Conclusiones.....	25
CAPITULO III EUTANASIA	
3.1. Concepto de eutanasia.....	28
3.2. Formas y clases de eutanasia.....	30
3.3. El paciente terminal.....	34
3.3.1. Sufrimiento y dolor	
3.4 Muerte.....	45
3.4.1 Morir en el Hospital.....	47
3.4.2 Morir en el Hogar.....	50
3.5. La dignidad de la muerte humana.....	51
“Morir con dignidad”	

CAPITULO IV		FACTORES PSICOSOCIALES	
4.1.	La familia y su enfermo.....		58
	4.1.1. El proceso del Duelo.....		60
4.2.	El enfermo ante la sociedad.....		67
4.3.	El equipo de profesionales.....		69
CAPITULO V		ENFOQUE RELIGIOSO	
5.1.	La eutanasia en la moral católica.....		75
5.2.	La eutanasia en otras denominaciones religiosas.....		77
CAPITULO VI		ENFOQUE JURÍDICO	
6.1.	Razones jurídicas en torno a la Eutanasia.....		83
6.2.	Muerte clínica legal.....		85
6.3.	La necesidad de legislar sobre la eutanasia.		86
CAPITULO VII		ENFOQUE MEDICO	
7.1.	Cuidados paliativos.....		90
7.2.	Tanatología.....		95
	7.2.1 Encarnizamiento Terapéutico.....		95
	7.2.2. Ensañamiento Terapéutico.....		96
7.3.	Las etapas por la que pasa el moribundo.....		97
7.4.	El juramento hipocrático.....		101

CAPITULO VIII	REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA EUTANASIA	
8.1	Introducción.....	107
8.2.	En torno al concepto de Representación Social.....	109
8.3.	La Representación Social de la Eutanasia.....	111
CAPITULO IX	METODOLOGÍA.....	112
	Planteamiento del objeto de estudio	
	Objetivos	
	Hipótesis	
	Diseño de investigación	
	Justificación del instrumento	
	Metodología	
CAPITULO X	PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	117
CAPITULO XI	ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	120
CAPITULO XII	CONCLUSIONES	130
	BIBLIOGRAFÍA	
	ANEXOS.	

CAPITULO I

ANTECEDENTES.

1.1 Historia de la Eutanasia.

A lo largo de la historia, la eutanasia ha pasado por fases de aceptación como en las sociedades griegas y romana, y de rechazo, a partir del siglo II con la llegada del Cristianismo y su reiterada oposición en diferentes concilios a lo largo de la historia, por considerar que el hombre no es más que un administrador de la vida que Dios le ha otorgado dando además un valor salvínico al sufrimiento¹.

En el Concilio de Orleáns del año 533 se acordó denegar la celebración de funerales a todos los suicidas sin excepción, por haber cometido un acto criminal. . (Mariano González)

En el año 693 el Concilio de Toledo anunció que cualquiera que intentara suicidarse sería excomulgado. . (Mariano González)

La cultura grecorromana admitía la supresión de la vida de recién nacidos deformes o enfermos, normalmente mediante su abandono, (la exposition) Plantón justificaba este tipo de eutanasia ya que dichos seres significarían una gran carga, postura compartida igualmente por Aristóteles. (Javier gafo)

En Roma se admitía que el hombre libre pudiera quitarse la vida para huir del aburrimiento vital, sin embargo este derecho no se les concedía a los esclavos. (Javier gafo)

¹ <http://mendel.uab.es/biocomputacion>

El suicidio era frecuente en la época imperial y Seidler afirmaba que los estoicos (romanos) estaban obsesionados con la idea del suicidio. (Javier gafo)

Seneca se refirió al suicidio como el camino hacia la libertad, este mismo se suicidó al caer en desgracia ante el emperador Nerón. Según el pensador cordobés, los seres humanos deberían abandonar la vida noblemente en lugar de esperar pasivamente un cruel final. Debe preferirse la muerte voluntaria a una prolongada agonía; existían médicos que voluntariamente administraban venenos con ese fin, sobre todo cicuta. (Javier gafo)

Por el contrario y desde sus orígenes, el Cristianismo consideró la eutanasia como irreconciliable con la ética que surge de Jesús. El concepto y la realidad de la eutanasia eran extrañas al mundo de la Biblia. La vida es don precioso de Dios y solo Él, como su dueño, puede determinar su fin. (Javier gafo)

El cristianismo fue muy duro con aquellos que atentaban contra su vida. Ya en los siglos II y III el suicidio se condenaba confiscando las propiedades y los bienes de la víctima, se le negaba cristiana sepultura y se empalaba su cuerpo para abandonarlo después en la vía pública. (Mariano González)

Al parecer en Atenas y en otras ciudades griegas, el estado suministraba el veneno (la cicuta) a quienes lo solicitaran explícitamente para poner fin a sus sufrimientos. Lo curioso es que la primera palabra “eutanasia” no se usaba para designar dichas acciones de “ayuda a morir” o la acción directamente occisiva, sino que equivalía al “felici vel honesta morte mori” de los romanos.

Una época y uno de los más representativos autores de la literatura que defendía el derecho a no vivir, estamos hablando de Sócrates que sostenía que el dolor y el sufrimiento producidos por una enfermedad eran razones justas para dejar de aferrarse a la vida.

Fueron ellos también quienes advirtieron de los riesgos que provoca la nueva tecnología de su tiempo: prolongar la vida más allá del sufrimiento tolerable.

Hacia el final del milenio, la eutanasia y otras “urgencias” como es el aborto, el SIDA y la vejez abren un abanico de diálogos obligados e inagotables: deben formularse de acuerdo con la misma perspectiva ética relativa al “trato” destinado a pacientes terminales y la terapéutica reservada a bebés anencefálicos.

Ahora siguiendo, se pueden mencionar algunos pensadores del siglo XVI como es Tomas Moro, Bacon, Jhohn Donne que sostuvieron que el derecho a poner fin a la vida no riñe con la voluntad de Dios.

En el siglo XIV de nuevo se empezó a despojar de los conceptos erróneos del suicidio. El mundo de nuevo empezaba a cambiar y se comenzaban a reafirmar los valores griegos y romanos. Tanto la iglesia católica como la protestante continuaron condenando el suicidio, pero muchos ciudadanos cultos ya no lo veían como el signo de la condenación eterna. . (Mariano González)

El individualismo en el siglo XVI tomó un interés importante. El ser humano y nada más que él, era dueño de su vida y de la posibilidad de despojarse de ella sin que la sociedad interviniese para impedirlo. Las decisiones morales ya no eran tan resistentes, ahora eran más discutibles. . (Mariano González)

Con el Renacimiento aumento el nivel humanitario que el ser humano tenia de si mismo y también el descubrimiento científico de nuevos métodos para el tratamiento de las enfermedades y prolongar la vida de los pacientes, amenazando así el bien de la vida. El Renacimiento y la Reforma esclarecieron la cultura humanística. La medicina a estas alturas de la Historia estaba impulsada por un progreso continuo y empezaba a hacer un arma de doble filo, cuya víctima era el paciente. Algunos médicos habían empezado a hablar de su responsabilidad desde el preciso instante de tener conciencia del problema y recomendaban una muerte fácil para los enfermos terminales. (Mariano González)

Hasta 1824 no empezaron a reducirse los castigos, cuando el Parlamento inglés permitió que se enterrara al suicida en el patio de la iglesia, en un horario restringido entre las nueve y las doce de la noche. (Javier Gafo)

En 1920 Frank Roberts fue condenado a cadena perpetua por matar a su esposa, que padecía esclerosis múltiple y ya había intentado suicidarse. (Mariano González)

En 1925, el doctor Harold Blazer, de Colorado, mató a su hija inválida incurable, a quien había asistido durante 30 años. (Mariano González).

En los años 30 se dan los primeros intentos de legalización de la eutanasia. En 1935 aparece en Inglaterra el primer grupo militante que defiende el derecho a una muerte digna: la voluntary eythanasia society. Hoy día existen cerca de 40 asociaciones pro derecho a la eutanasia voluntaria.

En Inglaterra en 1931, se quiso incorporar la eutanasia a la legislación. El Doctor C. Killick Millad, jefe de Sanidad de la Ciudad de Leicester, estaba de acuerdo con la utopía

de Moro y comprendía la angustia que padecen las personas que mueren lentamente. . (Mariano González)

En 1933 el sobrino de Allie Stephens que padecía cáncer la golpeo violentamente a petición de ella causándole la muerte. . (Mariano González)

En 1934 en Inglaterra, May Brownhill de sesenta y dos años de edad, mato a su hijo retrasado mental de 31 años.

En 1938 se fundó la Asociación por eutanasia de Norteamérica, según el modelo británico. (Mariano González)

El 26 de enero de 1939 el tesorero de la asociación Charles Nixdorff, presento un proyecto de ley para legalizar la eutanasia en Nueva Cork como era natural contaba con muchos adversarios entre médicos, psicoanalistas y sacerdotes católicos. Uno de estos sacerdotes de claro a la commonwealth que todos los sufrimientos son la mejor fuente posible de heroísmo purificación y redención. . (Mariano González)

A finales de 1939 se encontraba en la clínica pediátrica Universitaria de Leipzig, dirigida entonces por el profesor doctor Catel, un niño y subnormal con sólo dos extremidades. Su abuela dirigió una solicitud a Hitler para garantizarle la llamada “mercy Killing” o muerte por compasión².

Hitler envió a su medico particular, el doctor Brant quien tras una consulta con el doctor Catel, autorizó la aplicación en ese caso de la eutanasia.

El debate sobre la eutanasia se rebato en 1961 en relación con el drama ocasionado por la talidomida. Muchas mujeres embarazadas consumieron ese fármaco, naciendo varios millares de niños con graves malformaciones que afectaban especialmente a sus

² [http:// www.vidahumana.org/vidafam/eutanasia/derecho.html](http://www.vidahumana.org/vidafam/eutanasia/derecho.html)

extremidades. Uno de estos casos fue la niña belga Coryne Vanderput. Sus padres, poco después de su nacimiento, la asfixiaron.

En un Hospital de Viena llamado Lainz en 1989. Comenzó a llamar la atención el elevado número de defunciones en el servicio de Gastroenterología, lo que llevó a realizar una investigación. Se trataba de cuatro auxiliares de enfermería a la que algún periodista calificó como “escuadrón de la muerte”, que decidieron quitar la vida a enfermos ancianos, tanto porque no tenían esperanza de sobrevivir, como por el hecho de que les resultaban molestos. (Javier gafo)

Aún en nuestro tiempo la eutanasia es ilegal en Gran Bretaña y en casi todos los países. En los países Bajos, que son más tolerantes con la muerte piadosa, se ha informado de más de 2200 casos de eutanasia en 1999. De hecho, es posible que la legalicen.

Así en nuestro país la eutanasia es un tema que casi no se toca ya que no existe la información suficiente para emitir un comentario o una opinión al respecto y hasta la fecha se ha luchado para que se legalice.

1.2. Principales casos recientes de eutanasia

La larga agonía del General Franco.

El 20 de Noviembre de 1975, una fecha inolvidable para los españoles, fallecía en el Palacio de El Pardo, tras una prolongada agonía de una semana, el hombre que había gobernado España durante casi 40 años. Es imposible afirmarlo objetivamente, pero no se puede negar que bastantes personas consideraron que se le prolongó, de forma cruel y desproporcionada su proceso de muerte, quizá para preparar al país para la situación imprevisible que pudiera originarse. No es nuestra mente afirmar, ni tenemos capacidad ni conocimiento para ello, que se incurrió en lo que, como veremos más adelante, ha sido calificado como encarnizamiento terapéutico, el riesgo de una praxis médica centrada unilateralmente en la prolongación de la vida, pudiendo crear situaciones de extrema inhumanidad. (1)

Karen A. Quinlan

Fue también en 1975 cuando los medios de comunicación comenzaron a hablar de Karen Ann Quinlan, un nombre que posteriormente se ha hecho famoso. Esta joven de 21 años celebrando precisamente una fiesta con motivo de que se iba a vivir fuera de la casa paterna, consumió simultáneamente importantes cantidades de alcohol y tranquilizantes, entrando en coma. Se la llevó a un hospital, donde se la conectó a un respirador. El pronóstico médico era que tenía graves lesiones corticales por la que no podía volver a una vida consciente. (1)

Tres meses después sus padres adoptivos, católicos practicantes, asesorados por su párroco, tomaron la decisión de pedir que se le desconectase el respirador: “después de encomendarnos a Dios y poner el cuerpo y el alma de Karen en manos de Dios, decidimos que parasen el aparato”. Sin embargo, la dirección del hospital se negó hacerlo

por razones éticas y legales. El asunto fue llevado a los tribunales, en el que un letrado declaró: “Este no es un tribunal de amor o compasión, sino un tribunal de la ley. No es posible cortar una vida porque la persona sea desagradable a la vista”. La sentencia fue contraria a la petición de los padres, que recurrieron entonces al Tribunal Supremo del Estado de New Jersey. El 31 de Marzo de 1976 la sentencia fue favorable a los padres de Karen, reconociendo el derecho de su hija a morir en paz y con dignidad. (1)

En contra de todas las expectativas, tras desconectarle el respirador, Karen siguió viviendo, respirando por si misma. Periódicamente llegaban noticias sobre ella: pesaba 40 kilos, estaba en posición fetal, absolutamente inconsciente, acompañada por sus padres. Finalmente el 12 de Junio de 1985, diez años después de entrar en coma, llegaba la noticia de su fallecimiento. Este caso es significativo del debate sobre la exigencia ética y legal de mantener en vida a un ser humano inconsciente, en estado vegetativo persistente que, con el paso del tiempo, se ha convertido en permanente. También lo que es porque se plantea el problema de hasta dónde deben llegar los recursos médicos en el intento de prolongar la vida de una persona. (1)

La muerte suicidio de Arthur Koestler

El conocido escritor, nacido en Budapest y ciudadano británico, se había distinguido por su toma de posturas favorables a la eutanasia. Fue miembro activo de la Asociación británica a favor de la eutanasia. En una mañana de marzo de 1983, la asistencia portuguesa encargada de la limpieza de su casa londinense, encontró muertos al escritor y a su tercera esposa Cynthia Koestler estaba enfermo de parkinson y se le acababa de diagnosticar una leucemia, mientras que su mujer padecía depresiones. Para aplicarse la muerte utilizaron una de las recetas que el escritor había descrito en un librito: una mezcla de barbitúricos con la bebida predilecta del suicida. Koestler optó por el jerez mientras que su esposa prefirió el té. (1)

El escuadrón de la muerte del hospital Lainz

El escándalo de este conocido hospital de Viena surgió en 1989. Comenzó a llamar la atención el elevado número de defunciones en el servicio de Gastroenterología, lo que llevo a realizar una investigación. Se trataba de cuatro auxiliares de enfermería a las que algún periodista calificó como “escuadrón de la muerte”, que decidieron quitar la vida a enfermos ancianos tanto “porque no tenían esperanza de sobrevivir”, como por el hecho de que les resultaba molestos. Los métodos que solían emplear eran sobredosis de insulina junto con somníferos. Inicialmente se dio la cifra de 68 personas, a las que se les quitó la vida, pero se llegó a hablar hasta de 200 casos. Hubo una verdadera conmoción y muchas familias retiraron a sus enfermos del hospital vienés. (1)

Este caso venía a reforzar otro escándalo descubierto un año antes en la ciudad Alemana de Wuppertal, en donde se acusó a una enfermera, Michaela Roedor, de haber provocado la muerte a 17 pacientes. La joven había sido bautizada por sus compañeros de trabajo como “el ángel de la muerte”, aludiendo a su buen carácter y a la “mala suerte”, por la que se le morían tantos enfermos en Unidad de Cuidados Intensivos, hasta que un auxiliar de enfermería la sorprendió administrando un tratamiento contraindicado... Tras una investigación, se constató que lo habían hecho en el número de casos antes reseñado, como se pudo mostrar por las correspondientes autopsias. (1)

La sentencia en el caso de Nancy Cruzan

Nancy B. Cruzan era una joven de 25 años que sufrió en 1983 un grave accidente automovilístico, del que quedo en estado de coma profundo, siendo diagnosticada posteriormente como estado vegetativo permanente. El EVP se caracteriza por un gravísima patología neurológica, que conlleva muy importantes lesiones de la corteza cerebral, por las que se pierde totalmente la conciencia de que el llamado tronco cerebral mantenía las funciones circulatorias y respiratorias, el equilibrio homeostático. Nancy recibía la

alimentación y el aporte hídrico a través de una sonda que les había hecho mediante una pequeña incisión en la zona gástrica. (1)

Al prolongarse la situación, los padres de Nancy acudieron al Tribunal Supremo del Estado de Missouri, en donde eran residentes, solicitando la interrupción de la alimentación y de la hidratación suministrada a su hija. Argumentaban, especialmente, desde el conocimiento de Nancy, que les llevaba afirmar que ella no había deseado de ninguna forma, continuar viviendo en esa lastimosa situación. Sin embargo la legislación del Estado citado no admitía la interrupción de la alimentación y de la hidratación, una vez que el proceso se hubiese iniciado, si no existía un testimonio vital de la persona implicada, en que se expresase ese deseo, lo que no era el caso de Nancy. La sentencia del Tribunal de Missouri afirmó el deber del Estado de proteger la vida de forma incondicional en aquellos casos en que no constase explícitamente la voluntad del enfermo de que se le retirase un tratamiento “extraordinario”. (1)

Posteriormente el caso fue llevado al Tribunal Supremo estadounidense quien pronunció sentencia en 1990, en la que se admitió la interrupción de la alimentación y de la hidratación basándose en el testimonio de personas que habían preferido la muerte a permanecer en estado vegetativo permanente. La sentencia del tribunal, al mismo tiempo, daba a esa praxis sanitaria un tratamiento equiparable al de otras terapias médicas como es el caso del respirador, citado a propósito de Karen A. Quinlan. El caso Cruzan abrió de esta forma un cauce de salida a situaciones similares de EVP, que pueden prolongarse incluso muchos años. En el caso de Nancy, tras la interrupción de la alimentación, su fallecimiento se produjo ocho días más tarde, el 26 de Diciembre de 1990. (1)

Baby Doe

En 1982 nació en Bloomington, Indiana, un niño afectado por el Síndrome de Down. Baby Doe, que padecía, además, una atrevida esofágica. Que exigía una urgente intervención

quirúrgica. Al comunicárselo a sus padres, estos, tras recibir la información y las posturas éticas del equipo médico, optaron por no realizar la necesaria cirugía. El hospital notificó esta decisión a un juez, que aceptó la posición de los padres. Sin embargo la situación se hizo pública y se creó un fuerte movimiento de solidaridad a favor del neonato. Varias parejas se ofrecieron a adoptar al niño. El asunto se llevó con urgencia al Tribunal Supremo USA, pero Baby Doe falleció, antes de que pudiera pronunciarse, en realidad había existido anteriormente otro caso similar en 1963, en que se dejó morir a un niño mongólico y con la misma patología. (1)

La máquina de la muerte del Dr. Kevorkian

Roosevelt Dawson era un joven de 21 años, de raza negra que había quedado paralítico por una infección viral que le afectó la médula o sea. Se encontraba internado en un centro hospitalario del Estado de Michigan del que solicitó el alta médica. Cinco horas más tarde y con la ayuda del mecanismo ideado por el Dr. Kevorkian, la llamada máquina de la muerte fallecía en su domicilio en presencia de su madre. (1)

La figura de Kevorkian, un médico patólogo de origen ucraniano es probablemente la más prominente en USA en todo el debate sobre la eutanasia. Se da la cifra de que ha colaborado desde 1990 en la aplicación de esa práctica a más de 130 de personas, de las que ninguna era tan joven como Dawson. Para ello ideó una máquina una caja con sustancias químicas y cables eléctricos, con la que el propio interesado se aplica la dosis letal que le quita la vida. También recurre a una mascarilla por la que se aspira monóxido de carbono. El Dr. Kevorkian ha sido llevado varias veces a los tribunales aunque nunca ha sido condenado. En uno de los casos se le aplicó a una enfermera, Judith Curren que padecía un síndrome de fatiga crónica y depresión. (1)

BIBLIOGRAFIA

- (1) Gafo Javier, “eutanasia y ayuda al suicidio” “mis recuerdos de Ramón San Pedro”, 1999. Desclée de Brouwer Bilbao
- (2) González Ramírez Mariano “El derecho a no sufrir, la eutanasia”, 2003. Edimat Libros.
- (3) [http// www.mendel.uab.es/biocomputacion](http://www.mendel.uab.es/biocomputacion).
- (4) [http//www.vidahumana.org/vidafam/eutanasia/derecho.html](http://www.vidahumana.org/vidafam/eutanasia/derecho.html).

CAPITULO II

REPRESENTACIÓN SOCIAL

2.1 Introducción.

El concepto de Representación Social fue introducido en Psicología Social debido a las insuficiencias de los modelos clásicos, y en particular del modo conductista, a fin de explicar nuestras interacciones significativas con el mundo (Moscovici, 1984)

Sesenta años después de Durkheim, el concepto de la representación Colectiva se convierte en el punto de partida de la investigación sobre las Representaciones Sociales con la obra de S. Moscovici “La psychanalyse, son image et son public”(1961). Su propósito era mostrar como una nueva teoría científica o política es difundida en una cultura determinada, cómo es transformada durante este proceso y cómo cambia a su vez la visión que la gente tiene de si misma y del mundo en el que vive (Moscovici, 1984).

En el siglo XIX la ciencia es la fuente en las relaciones entre ciencia y sentido común.

Esta escuela reconoce como antecedentes la Psicología Social de Wundt que centra su estudio en los fenómenos mentales colectivos, tales como el lenguaje, los mitos y la religión y el interaccionismo simbólico de George Mead.(7)

En los años 1960 tuvo origen una escuela de investigación en Francia sobre las “Representaciones Sociales”, mismo año en el que Moscovici publica su libro (2)

Esta corriente se inscribe tanto en la Psicología Social cognitiva como la del enfoque sociológico caracterizándose en esta ultima.

Wundt es ampliamente conocido como fundador de la Psicología Experimental.

Mead un filosofo social y sus conferencias en Chicago sobre la mente, el yo y la sociedad echaron las bases de la escuela interaccionista simbólica de Psicología Social en la sociología estadounidense (Mead, 1934).

El sociólogo W. I. Thomas fue alumno de Wundt en Leipzig en 1907-1908. realizo un estudio junto con Znaniecki en donde a bordo las actitudes como “Representaciones Colectivas”. La idea de “Representaciones Colectivas” proviene de Durkheim. (2)

Los psicólogos Sociales franceses se remitieron a Durkheim al iniciar el estudio de la Representaciones Sociales en los años cincuenta, y Durkheim también había recibido una fuerte influencia de Wundt. (2)

En los estudios franceses de las Representaciones Sociales se encuentran una de las pocas áreas de “diálogo” entre una forma sociológica de la Psicología Social y la moderna Psicología. Es probable que el ritmo, de este diálogo se acelere a medida que la noticia del estudio de las Representaciones Sociales comiencen a difundirse más allá de las fronteras del mundo de habla francesa.(2)

La *Psychanalyse: son image et son public* (1961-1976), de Moscovici señala el comienzo de la escuela contemporánea francesa de investigación sobre Representaciones Sociales.

Esta investigación tiene afinidad con la sociología del conocimiento. Su estudio de Representaciones Sociales del psicoanálisis para Moscovici en la sociedad francesa

durante los años 50 constituye una unidad con sus estudios de laboratorio sobre la influencia minoritaria (Moscovici, 1976).

Moscovici se ocupa de creatividad e innovación, y por lo tanto se interesa en la forma en que unos individuos altamente creativos llegan a influir sobre la “Opinión Pública” y a conformarla.

En Moscovici (1981) se incluye una exposición sistemática de las ideas de Le Bon sobre las multitudes, explora las Representaciones Sociales que los líderes tienen de las masas que dirigen, así como las Representaciones Sociales que dichas masas tienen de sus líderes.(2)

Claudine Herzlich (1969,1973) analizó la Representación Social de la salud y la enfermedad, esto lo realizó a partir de una entrevista in estructurada de promedio una hora y media.

2.2. Definición en torno a la Representación Social.

Para poder comenzar hablar de las Representaciones Sociales es necesario comenzar hablar de primeras Representaciones de las que nos habla Durkheim que son las Representaciones Colectivas estas en conjunto conforman el sistema cultural, la estructura simbólica, la cohesión social de una colectividad; son elementos que circulan y dan sentido a un grupo instituido de significados.

Durkheim establece diferencia entre las Representaciones Individuales y Colectivas. Para él, sitien las imágenes como las Representaciones Individuales son variables, impersonales y estables y corresponden a entidades tales como mitos, religiones, arte, entre otras.

Durkheim presenta 3 elementos característicos de las Representaciones Colectivas:

1.- La Normatividad Legítima: El deber ser en cuanto la fijación de los límites y el bien como parte de lo deseable, como lo que nos hace posible desear.

2.- La Externalidad: Que hace referencia elementos antes y más allá de las manifestaciones individuales, como elemento que pertenece y permite ordenar el mundo.

3.- La Ínter subjetividad: Es el conocimiento compartido que en nuestro caso son las prácticas realizadas frente a los problemas de salud y que han sido transmitidas de generación en generación.

El concepto de Representación Social, aparece en la Psicología a través de Dukheim las definió como “estructuras psicosociales intersubjetivas que representan el acerbo de conocimiento.

Moscovici define las Representaciones Sociales como un “conjunto de conceptos, declaraciones, y explicaciones originadas en la vida cotidiana, en el curso de las comunicaciones interindividuales. (5)

Su finalidad es la de transformar lo desconocido en algo familiar y sirven para dar sentido y comprender la realidad social. (5)

Según Jodelet (1984) en las representaciones Sociales interviene lo social de diversas maneras: por el contexto en el cual se sitúan personas y grupos; por la comunicación que establecen entre ellas: por las formas de aprehensión que les brinda su bagaje cultural, por los códigos, valores e ideologías ligados a posiciones o pertenencias sociales.(4)

Otras de las características de las Representaciones Sociales son que deben verse como un “el ambiente” con relación al individuo o el grupo, así como también son específicas a nuestra sociedad.

La realidad que tenemos se nos presenta, las convertimos en percepciones, ideas y atribuciones que se convierten en respuestas a estímulos del ambiente físico o cuasi físico en que vivimos.

Todos los momentos que vivimos en nuestra vida cotidiana lo relacionamos con algo que ha pasado anteriormente, es esa relación de lo visible y la apariencia; es decir de la realidad.

Con esto podemos concluir que todo donde concierne la realidad, las representaciones son todo lo que tenemos en nuestra percepción, y así mismo nuestra cognición.

El ser humano está rodeado individual y colectivamente por palabras, ideas e imágenes. Las Representaciones juegan un papel fundamental en esta relación ya que si aceptamos que existe una cierta cantidad de autonomía y constreñimiento en cada ambiente sea natural o social. Aceptamos también que las Representaciones tienen 2 papeles:

(a) Primero, las Representaciones convencionalizan los objetos, personas y eventos que nosotros encontramos

(b) Las Representaciones son prescriptivas, esto es, ellas imponen a sí mismo sobre nosotros con una fuerza irresistible.

Cuando las Representaciones son compartidas por muchos entran dentro e influyen en la mente de cada uno de ellos y no son pensados por ellos.

Las Representaciones se presuponen cuando existe una interacción entre dos individuos o entre dos grupos.

“Lo que es importante es la naturaleza de cambio donde a través de las Representaciones Sociales se pueden ser capaz de influir en la conducta del participante individual de una colectividad.

El grupo y/o el individuo crean las representaciones Sociales a través de la comunicación y la cooperación. Por consiguiente no podemos decir que el individuo aislado pueda crear una Representación. Estas Representaciones podemos decir que se van transformando o creando nuevas por así decirlo desapareciendo las viejas. (1)

Una de las características de las representaciones sociales es que debe ser específica de nuestra sociedad como se puede verificar en este tema ya que en nuestra sociedad se tiene determinada actitud acerca de la eutanasia a diferencia de otras sociedades. En nuestra sociedad rige la iglesia con un porcentaje mayor que otra y se toma como una posible respuesta de nuestra sociedad.

La noción de Representación Social concierne a la manera cómo nosotros, sujetos sociales, aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de nuestro entorno próximo o lejano.

Las Representación Social se define por un contenido: informaciones, imágenes, opiniones, actitudes, etc. Este contenido se relaciona con un objeto: un trabajo a realizar, un acontecimiento económico, un personaje social, etc.

La Representación Social es de un sujeto (individuo, familia, grupo, clase, etc.)En relación con otro sujeto. De esta forma, la Representación es tributaria de la posición que ocupan los sujetos en la sociedad, la economía y la cultura.

Toda Representación Social es representación de algo y alguien.

El acto de Representación es un acto de pensamiento por medio del cual un sujeto se relaciona con un objeto.

Representar es hacer presente en la mente, en la conciencia. La representación es la reproducción mental de otra cosa: persona, objeto, acontecimiento material o psíquico, idea, etc.

En la Representación tenemos el contenido mental, concreto de una acto de pensamiento que restituye simbólicamente algo ausente, que aproxima algo lejano.

Las Representaciones Sociales constituyen una forma de conocimiento socialmente elaborada, que se establece, a partir de la información que recibe el individuo, de sus experiencias y modelos de pensamiento compartidos y transmitidos. A través de ellas, se describen, simbolizan y categorizar los objetos del mundo social, atribuyéndoles un sentido en el cual podrá inscribirse la acción. Las Representaciones Sociales operan así, condicionando la conducta: “actuamos en el mundo según creemos que es”.(6)

Representación Social se entiende como el producto y el proceso de construcción mental de lo real. Constituyen sistemas cognoscitivos con una lógica y lenguaje propios. No son

meramente opiniones, imágenes o actitudes, sino teorías o ramas del conocimiento que descubren y organizan la realidad, cumpliendo una doble función:

- a) Establecer un orden que permite a los individuos orientarse en un mundo material y social y dominarlo.
- b) Posibilitar la comunicación entre los miembros de una comunidad dándoles un código para el intercambio social y uno para nombrar y clasificar los diferentes aspectos de su mundo, de su historia individual y grupal (Farr, 1982)

Particularidad importante que garantiza a la representación su aptitud para fusionar precepto y concepto, y su carácter de imagen. (2)

Al representar se desprenden cinco características (Jodelet, 1986):

1.- La Representación se produce siempre en relación con un objeto: es un acto de pensamiento por medio del cual se vincula con un objeto.

2.- A través del proceso de representación lo abstracto se concretiza transformándose en una imagen estructurada, la idea se materializa y cosifica.

3.- Tiene un carácter simbólico y significativo

4.- Las Representaciones Sociales integran y superponen unos a otros organizando su mapa cognitivo.

5.- Siempre implican algo social: las imágenes o las representaciones que el sujeto tienen del mundo social no son imágenes de un grupo (6)

2.3. Procesos de la Representación Social

Hay dos procesos de la Representación Social estos son: La objetivación y el Anclaje, estos se refieren a la elaboración y al funcionamiento de una Representación Social, pues muestran la interdependencia entre la actividad psicológica y sus condiciones sociales de ejercicio.

A) Objetivación

Para poder hablar acerca de la objetivación es necesario definir lo que es objetivar.

Objetivar es reabsorber un exceso de significaciones materializándolas (y así tomar cierta distancia a su respecto). También es trasplantar al plano de la observación lo que solo era interferencia o símbolo.

La objetivación puede definirse como una operación formador de imagen y estructurante y constitución formal de un conocimiento

En el proceso de objetivación, la representación permite intercambiar percepción y concepto. Al poner en imágenes las nociones abstractas, de una textura material a las ideas, hace corresponder cosas con palabras, da cuerpo a esquemas conceptuales.

La objetivación lleva a hacer real un esquema conceptual, a duplicar una imagen con una contrapartida material, tiene una instancia cognoscitiva: la provisión de índices y de significantes que una persona recibe, emite y trama en el ciclo de la intracomunicaciones, puede ser superabundante.(7)

Dos operaciones esenciales de la objetivación son: la de naturalizar y clasificar. (7)

La fase la objetivación, contempla 3 pasos:

1.- La construcción selectiva: Se da una selección junto a un proceso de descontextualización del discurso y se realizan en función de criterios culturales y normativas: “Se retiene solo aquello que concuerda con el sistema de valores”. (7)

2.- El esquema Figurativo: El discurso se estructura y objetiviza en un esquema figurativo de pensamiento, sintético, condensado simple, concreto, formado con imágenes vividas y claras. (7)

3.-La Naturalización. La Representación Social se transforma de representación conceptual, abstracta en expresión directa del fenómeno presentado. Los conceptos se transforman en categorías sociales del lenguaje que expresan directamente la realidad (Jodelet, 1986) (7)

B) Anclaje

El proceso de anclaje permite comprender:

- ☒ Como se confiere significado al objeto representado, haciendo relación al sentido que se le otorga a la representación.
- ☒ Permite comprender como los elementos de la representación no solo expresan relaciones sociales, sino que también contribuyen a constituirla

Esta fase comporta dos momentos:

1. El sistema de conocimiento de la representación se ancla en la realidad social, atribuyéndole una funcionalidad y un rol regulador de la interacción social. (el anclaje como inserción en las relaciones de grupo) .(7)
2. El anclaje como inserción en los sistemas cognitivos preexistentes. Al entrar a innovarla y modificarla. El anclaje actúa como una asignación de sentido de la Representación Social y como un proceso de instrumentalización del saber social. La Representación Social se transforma en un marco de interpretación de la realidad y ayuda a construirla.(7)

El anclaje y la objetivación, actuando conjuntamente, sirven para guiar los comportamientos. La Representación objetivada, naturalizada y anclada, es utilizada para interpretar, orientar y justificar los comportamientos..

Se refiere al enraizamiento social de la representación y de su objeto; implica la integración cognitiva del objeto representado desde el mismo sistema de pensamiento. Existen tres funciones básicas:

- 1.- Cognitiva de la Integración de la novedad
- 2.- Interpretación de la realidad
- 3.- Orientación de las conductas y las relaciones sociales.

2.4. El sentido común en la Representación Social.

El conocimiento del sentido común se constituye a través de nuestras experiencias, informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitidos a través de la tradición, la educación y la comunicación social.

El concepto de Representación Social designa una forma de conocimiento específico, el saber del sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. En sentido más amplio designa una forma de pensamiento social.

2.5. Conclusión

El desarrollo de la noción de Representación Social constituye para la Psicología Social un intento sólido de integrar los niveles individual y social en el análisis de la conducta. Esta noción aparece como concepto clave de la Psicología Social, y es un intento de articulación entre ambos niveles.

Las Representaciones Sociales están en la base de toda situación de interacción: cada vez que entramos en contacto con objetos o personas se movilizan contenidos mentales, imágenes, ideas que codifican y categorizan la situación atribuyéndoles cierto significado.

La Representación que el sujeto elabora de los objetos del mundo real no es de ninguna manera, una representación individual. En su elaboración se usan términos proporcionados por la comunidad: la información que proviene de lo real es percibida a través de códigos, valores e ideologías que se asocian a posiciones sociales específicas. Por lo tanto, las Representaciones son siempre Representaciones Sociales, compartidas por aquéllos que ocupan posiciones Sociales semejantes dentro de la estructura social.

De este modo entra en los fenómenos psicosociales la dimensión social o colectiva. Lo social está necesariamente presente en toda situación: a través de los sujetos que intervienen, a través del contexto en que se sitúan los individuos; a través de la comunicación que se da entre ellos; a través del marco de referencia determinado culturalmente.

La Representación Social enfatiza la relevancia de los factores cognitivos como mediadores de la conducta.

Para los teóricos de la Representación, esta constituye una forma de conocimientos de sentido común; nuestro mundo de todos los días es un mundo de Representación, un mundo construido en situaciones de interacción y con sentido en el que se enmarcan las conductas.

Este proceso de elaboración cognitiva y simbólica de la realidad, permite organizar la realidad, orientarse en el mundo material y social y regular las acciones entre los distintos actores sociales. En este sentido constituye una innovación respecto a otros modelos ya que pone en relación los elementos simbólicos con las conductas . Por lo tanto su estudio debe ser abordado como el producto y el proceso de una elaboración psicológica y social de lo real.

BIBLIOGRAFIA

- (1) **Moscivici Serge “el fenómeno de las Representaciones Sociales” en Robert M, Farr and Moscovici (editores) Social Representations. Cabridge University- Press, Editions de la Maison. 1984**
- (2) **Moscovici Serge “Psicología Social II” Pensamiento y Vida Social. 1984**
- (3) **Moscovici Serge (1979) “el psicoanálisis, su imagen y su público” Buenos Aires, Huemul.**
- (4) **www.geocities.com/paris/rue/8759/mosco4.html**
- (5) **www.ucm.es/info/eurotheo/d-alvaro1.html**
- (6) **www.psycologia.com/articulos/ar_perez_rubio01.html**
- (7) **www.encolombia.com/foc.21.htm**

CAPITULO III

EUTANASIA

3.1. Concepto de Eutanasia

En efecto a lo largo de la historia el término eutanasia ha designado situaciones sumamente diversas y aun contradictorias. Así por ejemplo, una buena muerte en sentido religioso, una buena muerte en sentido biológico y una muerte provocada para aliviar los sentimientos de un enfermo, son cosas muy diversas. El término ha llegado a ser prohibido como la acción, pero ahora definiremos lo que es eutanasia.

La palabra eutanasia se origina en la antigua Grecia. Procede de los términos griegos en eu (bueno) y Thanatos (muerte). En su forma más neutra eutanasia significa “buena Muerte”, lo que en principio supone el ideal de cualquier persona, el conflicto aparece a raíz de los valores sociales, culturales, y sobretodo religiosos, que generan dudas tanto en la persona que sufre como en quien debe asistirle en la ejecución de su decisión(1).

Debemos definir la eutanasia para no caer en significados erróneos y confundirnos algunos de estos significados son los siguientes:

La eutanasia debe distinguirse en primer lugar del suicidio, por más que este pueda darse dentro de un cierto proceso de “fallecimiento” psicológico y social. “La eutanasia es el acto de proporcionar una muerte indolora a personas que sufren enfermedades incurables”. (Webster, 1967)

“La práctica que procura la muerte, o mejor abrevia una vida para evitar grandes dolores y molestias al paciente, a petición del mismo, de sus familiares o sencillamente

por iniciativa de terceras personas que presencia, conoce e interviene en el caso concreto del moribundo” (Gonzalo Higuera).

3.2. Formas y Clases de Eutanasia.

Según Arnoldo Kraus la eutanasia se suele dividir atendiendo al modo en como se realiza (por omisión o por acción)

- ⊕ Eutanasia activa (llamada también positiva)
- ⊕ Eutanasia pasiva (llamada también negativa)
 - Abstención terapéutica
 - Suspensión terapéutica
- ⊕ Eutanasia voluntaria
- ⊕ Eutanasia involuntaria
- ⊕ Eutanasia indirecta
- ⊕ Eutanasia no voluntaria

la eutanasia activa implica la finalización deliberada de la vida con el mismo objetivo por medio de una terapia encaminada a procurar la muerte.(3) La eutanasia activa, la alternativa no es entre vida y muerte, sino entre dos clases de muerte: una rápida y dulce, y otra lenta y degradante. Se acelera la muerte de forma intencional.

La eutanasia pasiva significa que la muerte sobreviene por omitir o renunciar a medidas que tienden a preservar la vida Cada vez está más claro que la llamada eutanasia pasiva no es más que práctica médica inadecuada, ya que se deja morir al enfermo.

La eutanasia voluntaria es la interrupción de la vida de un ser tras su petición y consentimiento libre.

La eutanasia involuntaria es la que se lleva a cabo en contra del deseo o decisión del enfermo.

La eutanasia indirecta es aquella que permite que sobrevenga la muerte sin mediar una relación directa entre la acción y el resultado.

La eutanasia no voluntaria ocurre cuando se produce la muerte sin que el afectado la solicite expresamente por encontrarse incapacitado.

Clases de eutanasia

Según el criterio que se emplee, hay diversas clasificaciones del fenómeno de la eutanasia que dependen también del significado que se da al término

Desde el punto de vista de la víctima, la eutanasia puede ser voluntaria o involuntaria, *perí natal* agónica, psíquica o social, según se aplique a recién nacidos deformes o deficientes, a enfermos terminales, afectados de lesiones cerebrales irreversibles o a ancianos u otras personas tenidas como socialmente improductivas o gravosas. Algunos hablan de auto eutanasia, refiriéndose al suicidio, pero esto no es propiamente una forma de eutanasia, porque la eutanasia es muerte asistida y en el suicidio es un acto personal (6).

Desde el punto de vista de quien la practica, se distingue entre eutanasia activa y pasiva, según se provoca la muerte a otro por acción o por omisión.

Las definiciones dadas sirven de base para los defensores de la vida y para los partidarios de la eutanasia, ya que se puede ver como ayuda al moribundo o justificación por dolor

Distanasia

“(Del griego dis, mal, algo mal hecho, y thanatos, muerte,) es epistemologicamente lo contrario de eutanasia y consiste en retrasar el advenimiento de la muerte, por todos los medios, proporcionando o no, así no haya esperanza alguna de curación y aunque eso signifique infligir al moribundo unos sufrimientos añadidos a los que padece, y que, obviamente, no logran esquivar la muerte inevitable, sino sólo aplazarla unas horas o unos días en unas condiciones lamentables para el enfermo. La distanasia también se llama “enseñamiento” y “encarnizamiento terapéutico”, siendo denominada con más precisión como obstinación terapéutica”.(5)

Ortotanasia

Con esta palabra (del griego orthos, recto y thanatos, muerte), se ha querido designar la actuación correcta ante la muerte por parte de quienes atienden al que sufre una enfermedad incurable en fase terminal. La ortotanasia está tan lejos de la eutanasia, en el sentido descrito aquí, como la distancia u obstinación terapéutica. Este término reciente no se ha consagrado más que en los ambientes académicos.

La palabra eutanasia no tiene su significado original. Ha sido distorsionada para hacer más aceptable socialmente el “homicidio por compasión”(5).

Cacotanasia

El prefijo kakos significa “malo”. Se trataría de la “mala muerte”, impuesta bajo el Nacional Socialismo del III Reich, y de los casos del Hospital Lainz. Estaríamos ante la

muerte aplicada a un enfermo que no ha pedido que se le quite la vida o cuyo deseo no es conocido. (5).

Adistanasia

Consiste en dejar de proporcionar al enfermo los medios que sólo conducirán a retrasar la muerte ya inminente. Equivale a respetar el proceso natural del morir, lo que tradicionalmente se llamaba eutanasia pasiva o negativa. (5).

3.3. El paciente terminal

La historia de la humanidad esta repleta de acontecimientos relacionados con el sufrimiento y de innumerables intentos para remedir el dolor del **enfermo terminal**, desde los más ancestrales pócimas mágicas y las oraciones de carácter religioso, hasta los preparados homeopáticos, las formulas magistrales y los fármacos sintéticos más actuales para hacer menos difícil la agonía de los enfermos terminales.

Dedicar tiempo y paciencia a los enfermos terminales es quizá el último y mayor regalo que podemos ofrecerles: tiempo para escuchar su inseguridad, sus preocupaciones y miedos, para darles un poco de consuelo también para recibir con ellos una oración.(2)

Hoy sabemos que un moribundo que ya no puede hablar puede oír muy bien, y cuanto calor humano y paz espiritual transmite el contacto personal, aún cuando la persona ya no pueda moverse. .(2)

Hay pacientes en casa, en el hospital o en la unidad de terminales, que no soportan una vida ya destrozada, y cuyos indecibles dolores no consiguen mitigar la más intensa medicina paliativa. No quieren que se les seden o se anestesie con psicofármacos o morfina, y se les prive así del contacto con familiares y amigos. .(2)

Desean despedirse conscientes de la vida y morir puesto que no pueden morir, reclaman una ayuda efectiva para morir una muerte digna.

La discusión actual, en parte muy emocionalmente llevada, gira en torno a que tipo de eutanasia es humana, digna de personas y por tanto moralmente permitido.

Los derechos de los pacientes terminales:

- 1) Tengo derecho a que me trate como ser humano hasta el fin de mi vida
- 2) Tengo derecho a mantener la esperanza, aunque vayan cambiando los motivos de mi esperanza.
- 3) Tengo derecho a ser cuidado por personas que me ayuden a mantener mi esperanza, aunque cambien los motivos de mi esperanza.
- 4) Tengo derecho a expresar mis sentimientos y emociones, a mi manera , en relación con la cercanía de mi muerte.
- 5) Tengo derecho a participar en las decisiones que se vayan a tomar en relación con los cuidados que se me prestaran.
- 6) Tengo derecho a recibir atención del personal sanitario, aunque sea evidente que no vaya a sanar.
- 7) Tengo derecho a no morir solo
- 8) Tengo derecho a no pasar dolor.
- 9) Tengo derecho a recibir unas respuestas verdaderas a mis preguntas.
- 10) Tengo derecho a no ser engañado
- 11) Tengo derecho a recibir ayuda de mi familia, a fin de aceptar mi muerte; y mi familia tiene derecho a recibir ayuda para aceptar mi muerte.
- 12) Tengo derecho a morir en paz y con dignidad.
- 13) Tengo derecho a conservar mi individualidad y a no ser criticado si mis decisiones son contrarias a las creencias de aquellos que me cuidan.
- 14) Tengo derecho a discutir y compartir mis experiencias religiosas, aunque sean diferentes de las de los otros.
- 15) Tengo derecho a esperar que se me respete mi cuerpo después de la muerte
- 16) Tengo derecho a ser cuidado por personas capaces de compasión y sensibilidad, competentes en su profesión.

La mayoría de los pacientes terminales se muestran exigentes y reaccionan de forma agresiva en su situación, sin reconocer agradecidas la atención sacrificada que les dedican sus familiares.

A) Dolor

El dolor acompaña al hombre desde el principio de los tiempos; es una parte inseparable del mismo. Como dijo W.H. Bramn: “el dolor es el compañero universal del hombre: empieza con el nacimiento y le sigue en todas las fases de su vida hasta la muerte”

Es por eso que podemos hablar aquí de las dos formas de las que al paciente terminal se le puede tratar el dolor, el primero de estos es acerca del uso de los analgésicos como parte de un control multimodal del dolor y el segundo es la forma emocional del enfermo, por mencionar algunos de los analgésicos para el dolor encontramos:

- Aspirina (Analg. Periféricos)
- Codeína
- Morfina
- Opioides (Centrales)

La codeína y la morfina son compatibles entre sí, pero farmacológicamente es absurdo utilizarlos juntos.

Incompatibles: Morfina y Pentazocina

Morfina y Bupremorfina

En el enfermo del cáncer hay que regular la dosis en forma individualizada a diferencia otro tipo de dolor como el postoperatorio (6).

En el alivio del dolor del cáncer a veces hay que llegar a un compromiso y conformarnos con controlar el 80 ó 90% del dolor (6).

No todos los dolores son aliviados por los opioídeos u otros analgésicos

Los analgésicos son inefectivos en el dolor neuropático o por diferenciación en el que hay un daño o lesión de un nervio.

Los médicos no saben a ciencia cierta la vida que le queda al paciente, es inhumano esperar al final para aliviarle al dolor. No hay ningún motivo para retrasar el comienzo con los analgésicos potentes (6).

Cuando los analgésicos periféricos (aspirina) o los opioides débiles (codeína) no consiguen aliviar al enfermo de cáncer puede necesitar analgésicos durante meses. Las pastillas duelen menos que las inyecciones (6).

La morfina oral provoca una depresión respiratoria cuando se utiliza para centralizar el dolor provocado por el cáncer. Piénsese que el dolor es un potente antagonista de la depresión respiratoria provocada por los narcóticos (6).

Para la mayor parte de los moribundos y de sus familias, el miedo a unos dolores insoportables en el estado final de una enfermedad cancerosa constituye una de las preocupaciones más grandes. De ahí la enorme importancia que reviste el tratamiento del dolor. Una terapia completa del dolor contiene, sin embargo, más que medidas farmacológicas, quirúrgicas o de terapia radiactiva. Student (1993) distingue cuatro dimensiones del dolor. (3)

- ⊕ Dolor físico
- ⊕ Dimensión social
- ⊕ Dimensión Psíquica
- ⊕ Dimensión Espiritual

Dimensión Social

Se refiere a la preparación del moribundo de sus personas queridas, a la retirada de los médicos y del personal asistencial y a la vida en el entorno extraño del hospital, que aísla al moribundo. También entra aquí el hecho de evitar una conversación franca sobre la muerte inminente. Todo hace que en muchos casos el moribundo sufra una #muerte social”ya antes de la muerte propiamente dicha.

Dimensión Psíquica

El miedo a los dolores físicos o a sentirse abandonado por ejemplo: la experiencia dolorosa de no tener ya una última y limitada oportunidad de llevar a término una serie de cosas inacabadas.

Dimensión Espiritual

Pertenece los dolores provocados por las preguntas acerca del sentido de la vida y la muerte propia.

Dimensión corporal del dolor.

Es la farmacológica del dolor, un tratamiento suficiente del dolor físico es el requisito para que las personas puedan enfrentarse a las demás dimensiones de su dolor y su sufrimiento.

Ahora podríamos poner algunos ejemplos como el causante de la lepra, el bacilo de Hansens, es un tipo de bacteria que cuando ataca a una persona, tiene cierta predilección por habitar a lo largo de las fibras microscópicas que producen la sensación del dolor. Un leproso puede romperse el tobillo y continuar caminando sobre él como si nada hubiera pasado, porque no es consciente de que algo le sucedió; la lepra destruyó la sensación de dolor en su tobillo. La señal de que algo está mal no llega a su cerebro, y el hecho de seguir

caminando sobre el tobillo le provocará en breve una artritis grave y degenerativa, así como deformidad de la articulación. Asimismo una leprosa puede apoyar la mano sobre una estufa caliente, y minutos más después empezar a disfrutar del aroma de lo que ella cree es carne en el horno, cuando en realidad es su propia mano la que se está quemando y destruyendo. (4)

Paul Brand descubrió que la mayor parte de la destrucción causada por la lepra es provocada por la ausencia localizada de dolor. (4)

El dolor físico y agudo, ya sea leve o grave, casi siempre resulta un beneficio. Constituye una señal de que algo está mal en el cuerpo, algo que requiere atención. Sin esa señal nuestras vidas pronto serían devastadas. (4)

El dolor es útil solamente como señal de que algo está mal, ya sea un tobillo roto, una quemadura o una astilla en el ojo. Una vez que se diagnostica el problema y se trata de manera adecuada, no hay razón para que el dolor continúe. El dolor ha perdido su razón de ser. Si continúa, la bendición se ha convertido en maldición. (4)

Dolor emocional.

Al igual que en el dolor físico, el dolor emotivo constituye una señal de que algo está mal, y si no recibimos señales, los efectos pueden ser desastrosos. (4)

La gente con dolor físico, salvo raras excepciones, aquellos con dolor emotivo quieren, en mayor o menor grado, obtener alivio. Algunos tienen extraña relación con su dolor, como si se tratara de un viejo amigo. Pero no sucede lo mismo con la mayoría. La mayoría desea aliviarse pero guarda un fuerte vínculo con la causa de su dolor. Si quieren

sentirse mejor, pero sin cambiar nada, y muchos abandonan el tratamiento psiquiátrico, pues prefieren el dolor al tratamiento tan necesario. (4)

B) Sufrimiento

Sin proponérselo relacionamos el sufrimiento con el mal. Sin entrar por el momento en un análisis profundo, podemos decir que sufrimos porque algo está mal, quizá porque echamos de menos algún bien. De hecho el sufrimiento es probar el mal. Es la impresión de mal en la vida con sus consecuencias negativas.

El sufrimiento es lo que no queremos, de lo que nadie puede querer para sí mismo, porque de suyo es negativo para la vida pero que por alguna razón padecemos: es aquello contra lo cual yo, al menos de momento, nada puedo hacer. Algunas veces porque no quiero evitarlo, otras, porque me vale la pena sufrirlo, o, incluso, porque me interesa padecerlo. Se trata, por tanto, del dolor humano, es decir, en el hombre; que es muy distinto del dolor, animal. El animal únicamente siente dolor, algo le molesta y nada más. No se pregunta, lógicamente, por el sentido de su dolor.(6)

Siendo siempre desagradable y repulsivo el sufrimiento, es sin embargo, variado: tristeza, congoja, ansiedad, angustia, temor, desesperación, dolor físico, etc. En cualquiera de los casos al sufrimiento siempre le acompaña una reacción de huída. Cuando sufrimos nos sentimos mal aunque propiamente el mal sólo afecte a cierto aspecto concreto de nuestro yo, ya sea del cuerpo o del espíritu. Incluso si aceptamos el dolor, por otra parte, deseamos que se pase; y hablamos de desesperación cuando no vemos el fin a un dolor. (6)

El sufrimiento se ha considerado una parte, porque el implicado es el sujeto siendo cualquiera la causa dolorosa. Ya que la persona puede estar triste, angustiada o ansiosa o un dolor físico. También podemos anotar aquí la importancia del nivel social que representa el

sufrimiento en la parte personal del individuo ya que el exterior, poniendo un ejemplo una mala noticia que recibamos en alguna etapa de nuestra vida, afecta nuestro cuerpo. "En efecto, no se puede negar que los sufrimientos morales tienen también una parte «física» o somática, y que con frecuencia se reflejan en el estado general del organismo" (*Salvifici Doloris*, 6). (6)

¿Pero, por qué hay sufrimiento? ¿No podría ser la vida sin dolor: sin enfermedad, sin violencias, sin desgracias, sin temores? ¿Por qué hay dolor -sufrimiento- en nuestra vida? Si la vida humana fuera sólo el proceso cambiante de unos elementos -los hombres- que se suceden en el tiempo, como ocurre con los animales y las plantas, el sufrimiento humano sería equivalente a la caída de las hojas en otoño, al agostarse de la hierba por el calor, a la huída del ratón por el acoso del gato o a la agonía de un pez en el anzuelo; algo sin más relevancia que el mal -si se puede hablar así- del momento, algo sin relevancia, intrascendente. (6)

Prevenir el sufrimiento y saber acerca de él, como el hecho de "estar sano", requiere mucho trabajo. Hay personas que, por necesidad, obsesión o capricho, asumen esa tarea como un trabajo consciente, y cifran sus afanes en "estar en forma", en cultivar el cuerpo y la psique, o alguna de sus cualidades: el bronceado, el músculo, la silueta, el corazón, la ausencia de colesterol en las arterias, de arrugas en la piel, etc. Es un tarea muchas veces ciertamente trabajosa, y casi siempre una forma más de sufrimiento. (6)

Parte de la cultura actualmente dominante incluye pensar que el hombre es capaz de casi todo o que será con el tiempo. Con esta mentalidad el dolor humano es inadmisibile, si se considera como algo establecido e inseparable de nuestra condición. Estamos en una cultura en la que el sufrir tiene mala prensa, en la que dolor es hoy un dis-valor. Algo de verdad hay en ello, porque a lo que el hombre aspira es a la felicidad. Sólo que la felicidad no es lo mismo que el placer. La felicidad es amor y entrega. Con esa otra mentalidad, muy

difundida, que identifica felicidad y placer, se tiende a evitar a toda costa lo molesto. Esa tendencia puede llegar a organizar la vida. El hombre, entonces, se hace débil, cada vez menos resistente al dolor. A alguien así la experiencia demuestra que el sufrimiento es imposible de erradicar. (6)

"Combatir el dolor está justificado en causa, pero no en general, por la razón decisiva de que los dolores concretos obedecen a causas contingentes y caen dentro del radio de acción de los medios humanos. Pero la raíz del dolor como tal es honda y está sustraída a la acción humana" (L. Polo. *El sentido cristiano del dolor*), ya que se relaciona con la comprensión de la vida como don y como ocasión de amar. Por eso "la extremada concentración en el puro evitar el sufrimiento, renunciando a cualquier interpretación, es la eutanasia... La eutanasia es la lógica consecuencia de una opinión particular sobre la vida. Cuando ya no se puede detener el sufrimiento, se acaba con la vida, pues una tal existencia no tiene sentido" (A. Polaino, *Más allá del sufrimiento*). El que por nada del mundo quiere sufrir, no puede vivir. (6)

Con frecuencia, si se habla de dolor es sólo para quejarse o para intentar acabar con lo molesto a cualquier precio; se oculta el fracaso que es no lograr el objetivo buscado (algo normal de vez en cuando si no somos dioses) y se fomenta la ilusión en un mundo sin problemas, en el que viviríamos siempre triunfadores. La experiencia nos demuestra que todo es inútil: no hay, en este mundo, quien acabe con el sufrimiento y se logra el efecto contrario: "una actitud que incapacita para soportar el padecer y aumenta con ello el sufrimiento" (R. Spaemann. *El Sentido del sufrimiento*). Sufrir puede ser bueno y, como veremos, fuente de gozo. Sólo si se debe a un mal moral, al pecado, siempre es un sufrimiento negativo; el pecado, entendido como tal, siempre entristece. (6)

Remedio del dolor humano

Podemos plantearnos diversas formas de remediar nuestro dolor. Quizá pensamos ante todo en la ayuda y el consuelo que pueden ofrecer los demás, pero esto es la segunda parte. El primer remedio para el sufrimiento está en uno mismo, en el que sufre. "La enfermedad -por ejemplo- me es dada como una tarea; me encuentro con la responsabilidad de lo que voy a hacer con ella" (V. Frankl, *El hombre doliente*). Cualquier circunstancia humana es una oportunidad de bien y solemos admirar a los que muestran la virtud, sobre todo si es en situaciones adversas. Pero el dolor también es ocasión de desmoronamiento para los débiles y los cómodos. . (6)

En todo caso, el dolor es tal vez lo que más ayuda a reconocer nuestra condición de criatura y la verdad de nuestra limitación: requisitos imprescindibles para mejorar. Para ello basta sólo con intentarlo sinceramente, poniendo el esfuerzo oportuno y no creerse todopoderoso. Esta actitud parece decisiva para no llevarse chascos y no sufrir demasiado: las posibilidades de no lograr nuestros propósitos son incalculables, porque no somos dueños de todas las circunstancias que intervienen en un resultado final. El fuerte se queda tranquilo intentándolo sinceramente y dispuesto a soportar, en su caso, el dolor del fracaso.

Con mucha frecuencia tenemos grandes ideales pero son costosos, reclaman cierta dosis de sufrimiento. Hay que tener, entonces, un motivo verdaderamente ideal, una razón por la que me vale la pena pasar por "eso que no me apetece": tener paciencia, poner más empeño, renunciar a los propios derechos. Esta actitud es lo que llamamos sacrificio. Mediante el sacrificio buscamos, sufriendo, algo superior. Por eso es cierto lo que decía Nietzsche -que a veces llevaba razón-: "cuando un hombre tiene un por qué vivir, soporta cualquier cómo" (Citado en V. Frankl, *El hombre en busca de sentido*). Es como decir que le vale la pena sufrir; porque, aunque el sufrimiento siempre cuesta, gracias a que soy capaz de sufrir, finalmente logro más de lo que pierdo. Es lo de todos los días: el sacrificio del estudiante por sus calificaciones, el del atleta que se entrena para mejorar su marca, el del

enfermo que acepta el tratamiento por su salud, o el cristiano que quiere mejorar su amor a Dios y se propone para ello unos minutos diarios de oración. (6).

La segunda parte del remedio para el dolor es la ayuda al que sufre. El sufrimiento se remedia con sufrimiento. Con un dolor lleno de sentido que es amor, y por eso parece que no duele; porque se atiende más al necesitado que a uno mismo. Lo propio se estima como secundario. Incluso es un dolor que se desea para que se remedie el dolor de otro. El sufrimiento ajeno es la ocasión por excelencia de amar: "el hombre debe sentirse llamado personalmente a testimoniar el amor en el sufrimiento. Las instituciones son muy importantes e indispensables; sin embargo ninguna institución puede de suyo, sustituir el corazón humano, la compasión humana, el amor humano, la iniciativa humana, cuando se trata de salir al encuentro del sufrimiento ajeno. Esto se refiere a los sufrimientos físicos, pero vale todavía más si se trata de los múltiples sufrimientos morales, y cuando la que sufre es ante todo el alma

El hombre materialista, lo único que puede hacer ante el sufrimiento es poner sus medios -materiales- para prevenirlo y, en su caso, eliminarlo. Nada significa con esta mentalidad la actitud de haber encontrado su sentido.

Nada tiene que ver tampoco con el optimismo evangélico la resignada actitud estoica, según la cual conviene estar dispuesto a la adversidad para no sufrir desengaños, ya que el sufrimiento vendrá en todo caso y lo pasan peor los que contra él se rebelan.

El hecho innegable es que hay sufrimiento y que parece conveniente mitigarlo en uno mismo y en los demás, siempre que hacerlo no vaya contra el propio hombre, contra la dignidad de su vida. Pero aceptando al hombre como hombre que sufre, que sufrirá necesariamente, es fácil reconocer que lo que debe soportar puede ser ocasión de virtud y de desarrollo personal, de ejemplo estimulante para los demás y, a veces, es una ayuda directa para otros

3.4 Muerte

¿Qué es la muerte?

Según Hans Küng considera que al menos existen 2 tipos de muerte: “la muerte clínica y la muerte biológica”

Se denomina muerte clínica cuando el paciente se encuentra en un estado en que la respiración, la actividad cardíaca, las reacciones cerebrales, incluso aquella actividad eléctrica cerebral que sólo es verificable mediante el encefalograma han cesado, pero en el que evidentemente existe una posibilidad de reanimación, pero este debe de producirse antes de 5 minutos.(1)

Estar biológicamente muerto significa que por lo menos el cerebro ha cesado completa e irrevocablemente de funcionar y ya es resucitables. **La muerte biológica** no es tan sólo la muerte de un órgano, sino la muerte cerebral y finalmente la muerte de todo organismo. (1)

¡Solo quien ha muerto biológicamente, además clínicamente, ha pasado por la muerte total, definitiva!

Los investigadores del morir tampoco niegan que quien ha tenido esas vivencias del morir y posteriormente puede contarlas no ha pasado por una fase de la muerte, sino por una determinada fase de la vida, posiblemente por los pocos minutos o segundos últimos que separan la “muerte” clínica de la muerte biológica. Estuvieron en el umbral de la muerte, pero ninguno de ellos lo traspasó. Ningún muerto ha podido nunca contar cómo es ese “más allá” al que la muerte verdadera conduce. (1)

Al igual que las vivencias del morir, tampoco los argumentos filosóficos dirimen la cuestión de a dónde va el que muere, a una desconsolada oscuridad o a una amistosa luz eterna, a un no ser o aun nuevo ser. (1)

La imagen clásica de la muerte, el último aliento y respiro del alma, no significa ya necesariamente el fin de la vida en nuestra época de una medicina intensiva. Las personas pueden reanimarse, es decir, puede revivir, y hoy existe un gran número de relatos sobre las denominadas experiencias de muerte cercana, o lo que es lo mismo, descripciones debidas a personas que ya estaban “clínicamente muertos”.

Los neurobiólogos parten hoy del hecho de que las vivencias descritas surgen por la falta de oxígeno que lentamente se va extendiendo por el cerebro y que cada vez afecta a secciones más profundas. Así en la última fase de vida consciente de una persona parecen prevalecer las secciones y experiencias placenteras.

3.4.1. Muerte en un hospital

El hospital ofrece seguridad y protección contribuyendo así al alivio del paciente y de sus allegados.

En la República Federal Alemana aproximadamente el setenta por ciento de todas las personas acaban muriendo en instituciones para enfermedades terminales y el otro 30% lo hace en instituciones asistenciales como asilos o clínicas para enfermos crónicos (Student, 1987).(8)

Con todo ello el hospital se ha convertido en los últimos cincuenta años en el lugar más importante de muerte.

Muchas personas temen la muerte en el hospital, porque tienen miedo que allí las arrinconen y las dejen solas.

En 1967 Cicily Saunders fundó en un suburbio de Londres un asilo, que debía orientarse enteramente a las necesidades de los moribundos y de sus parientes. Dicha casa se llamo St. Christopher's Hospice y enlazaba con la institución de los albergues medievales, regidos por las ordenes religiosas y que ofrecían refugio, asistencia y protección a los peregrinos en sus viajes. (8)

A menudo es en el hospital en donde se hace el primer diagnóstico, y el enfermo es tratado en este tal vez antes de que se plantee la cuestión de si ha de pasar las últimas semanas o meses en casa o en algún hospicio. (8)

Todavía hoy en día se dan casos en que el moribundo es atado al lecho con correas, cuando está muy inquieto. Estos hechos hieren a la vez la dignidad de los médicos, de las enfermeras y otros auxiliares que cuidan del moribundo. (8)

Pese a todo ello la situación del moribundo en la clínica no se puede describir globalmente con conceptos como “indigna” o “inhumana”. (8)

Se ha creado servicios especiales que se orientan de una manera específica a las exigencias del cuidado médico y asistencial de los moribundos y especialmente a los colaboradores de secciones que han de tratar a muchos enfermos incurables, se les prepara y enfrena de un modo particular para ese cometido. Numerosos hospitales han instituido destacados servicios especiales para el tratamiento de enfermos incurables y moribundos, denominados servicios paliativos o servicios de terapia paliativa. (8)

Los colaboradores de las clínicas permiten que a los allegados de los enfermos de muerte se les conceda mayor intervención en los cuidados y atenciones de los hospitales. Y así en la mayoría de las clínicas aceptan la participación de parientes y amigos en la asistencia a personas muy graves y moribundo, este simple hecho demuestra que por parte de los hospitales se ha hecho mucho por mantener la dignidad de la muerte. Algunos motivos por los que una persona puede morir en el hospital:

Cuando el moribundo lo desea, es decir, que un enfermo incurable niega la calidad de la muerte hasta el último momento y por ese motivo busca el hospital con sus supuestas posibilidades de salvación. En cualquier caso ese deseo del moribundo hay que respetarlo.(8)

Puede ocurrir, sin embargo, que el moribundo quiera ahorrar trabajo a su familia o que piense que los parientes (solos) no estarían a la altura de la atención de un moribundo. Aquí sólo puede servir la confianza mutua así como el análisis honrado de si el enfermo con su impresión no está en lo cierto y es mejor que sea atendido en el hospital.(8)

Cuando la familia o el círculo de amigos no se ven en grado de atender adecuadamente al moribundo. Tal puede ser el caso, cuando no hay posibilidades de espacio para una atención adecuada en la casa, cuando hay niños pequeños que requieren demasiada atención como para que la familia pueda hacer frente a todo; cuando los parientes están internamente tan agitados o angustiados, que psíquicamente no se sienten en condiciones de cuidar del moribundo; o también cuando el cónyuge está a su vez tan achacoso, que no puede asumir el cuidado del enfermo, ¿en ningún caso debería subestimarse la carga que representa la atención a un apersona gravemente enferma!. (8)

Cuando no esta asegurado ningún apoyo suficiente por parte del médico de cabecera y/o alguna religiosa enfermera.(8)

Resulta importante la ayuda de un médico que asuma la necesaria terapia del dolor y además tratamientos médicos sin un interlocutor fijo, y justamente sin la presencia del médico de cabecera en el sentido tradicional no es viable la atención de los moribundos en casa.

Cuando únicamente el hospital esta en grado de procurar la calidad de vida al moribundo.

En tanto se da la posibilidad de un atención adecuada en casa, son realmente muy pocos los casos imaginables en los que se presenta esta situación pulmonar crónica tiene que ser ventilados, o cuando resulta indispensable una alimentación intravenosa.

3.4.2. Muerte en el hogar

Hasta hace unas décadas la casa, era el lugar donde los niños nacían, donde se curaba a las personas si caían enfermos y donde las más de las veces también morían. Hoy las cosas han cambiado. Y así como hemos desplazado el nacimiento a la clínica, también el hospital se ha convertido en el lugar normal de la defunción.

Apenas queda hoy alguna persona que siga estando familiarizada con los gestos de cerrar los ojos al difunto, lavar y vestir un cadáver o con las formas tradicionales del acompañamiento del difunto.

Todas esas funciones se han delegado en especialistas, en personal asistencial en empresas de enterramiento y en los pastores religiosos. Con lo cual la muerte se nos ha hecho mucho más extraña y angustiosa que antes.

En su hogar el enfermo no vive ni la separación de su familia y de las personas que le están cerca, ni tampoco se ve necesitado de la asistencia de personal sanitario que cambia de continuo.(8)

En casa hay mucho más tiempo y espacio para enfrentarse con la muerte y para expresar los sentimientos de dolor, cólera y amor. Finalmente, la privacidad del entorno doméstico hace posible configurar individualmente el momento de la muerte y preparar la llegada definitiva de la muerte con mucho más tiempo y sosiego de lo que suele ser posible en el hospital.

Para la atención y asistencia de una persona que yace en el lecho es conveniente que el lecho este dispuesto de tal modo que sea posible acceder al mismo por los dos lados.

3.5. La dignidad de la muerte humana

“Morir con dignidad”

Hablar de un derecho a morir con dignidad es hablar de un derecho reconocido legalmente a los individuos para que puedan tomar por sí mismos algunas decisiones relativas a ciertos asuntos que tañen a su propia muerte sea la de un objeto pasivo en manos de la familia, de la técnica o de los especialistas, logrando por el contrario que es participación es la de un ciudadano al que han de serle respetados sus intereses y su valores más básicos durante ese proceso de morir. (7)

Una muerte digna de seres humanos no es algo obvio, ni siquiera en las condiciones de una sociedad de la sobreabundancia. Morir con dignidad es una oportunidad inmerecida, un gran regalo: el gran don. Y al mismo tiempo una gran tarea para la humanidad.

Para morir con dignidad no son suficientes las condiciones sociales. Morir con dignidad depende de cómo se ha abordado, en medio de la vida, la cuestión de la muerte.

Sólo nosotros entre todos los seres vivientes tenemos conciencia de nuestra mortalidad.

Ese derecho ha recibido muchas denominaciones. Entre ellas las de derecho a una muerte y digna, derecho a la propia muerte, derecho a una buena muerte, derecho a la eutanasia, o derecho a morir dignamente. (6)

Las facultades más importantes en el contenido del derecho a morir con dignidad:

Derecho a rechazar toda decisión ajena que lleve a una muerte no deseada. Esta facultad puede incluir el derecho a no ser declarado muertos más que después del cese de las funciones cardiorrespiratorias y en ningún caso por comprobación del cese de determinadas funciones cerebrales. (6)

Derecho a morir con toda serenidad y con dignidad humana(6)

Derecho a rechazar el encarnizamiento terapéutico: incluye el derecho a rechazar los tratamientos que no hagan más que prolongar precariamente la agonía del paciente, aún en el caso de que como resultado de estos rechazos su vida se vea acortada. (6)

Derecho a rechazar cualquier tratamiento médico, aún en el caso de que ese rechazo conduzca a la muerte. Se entiende aquí la posibilidad de exigir la interrupción de un tratamiento ya iniciado. Se discute si la alimentación y la hidratación artificial ha de considerarse tratamientos, aunque la opinión mayoritaria es que sí. (6)

La legitimidad de esta facultad suele fundarse bien en el derecho de las personas a la integridad física bien en el derecho a no permitir invasiones ajenas en el propio cuerpo. (6)

Derecho a manifestar voluntades anticipadas sobre el proceso de morir con carácter vinculante para terceros: derechos a establecer por adelantado instrucciones respecto a los tratamientos médicos que el individuo está dispuesto a admitir y a rechazar en su proceso de morir y para el caso de que no esté en condiciones de tomar la decisión por si mismo cuando tales tratamientos tuvieran que iniciarse o interrumpirse. (6)

Derecho a obtener un tratamiento paliativo del dolor durante el proceso de morir: a fin de evitar el sufrimiento, aun cuando ello pueda causar dependencia de ciertos fármacos o adelantar el momento de la muerte. El fundamento de este derecho puede basarse en la doctrina del doble efecto (aunque los fármacos acorten la vida lo que busca primeramente con su empleo no es este efecto, sino el de paliar el dolor).

Derecho a determinar el momento de la propia muerte: tener el derecho de disponer de la propia vida. Este derecho incluye el llamado “derecho al auxilio médico al suicidio” y a lo que se podría llamar “derecho a la eutanasia”. (6)

La exigencia de un requisito objetivo de estar viviendo una vida deteriorada puesta al lado de la del requisito subjetivo de la voluntad cierta de morir.

La justificación del derecho a morir se basa en dos líneas: la primera consiste en defender que la idea del respeto a esa autonomía como valor social supremo, la segunda es la parte de la necesidad de que la ley reaccione ante la especial situación (una vida deteriorada) en la que se hallan ciertos individuos, y exige que se refuercen las posibilidades de decisión de estos a fin de salvar en ese caso problemático su capacidad de autodeterminarse. (6)

Ambas posturas se basan en la idea fundamental que es la autonomía, que es dar al individuo la mayor capacidad posible de decidir por sí mismo sobre su proceso de morir en forma de derecho, es como mejor se asegurará una muerte responsable, humana y con divinidad para todos. (6)

Haim H. Cohn, presidente emérito de la Suprema Corte de Israel escribió un interesante artículo “sobre el significado de la dignidad humana”. (8)

La dignidad es una palabra clave en el derecho. La declaración universal de los derechos del hombre declara en el artículo I que “todos los seres humanos han nacido libres e iguales en dignidad y derecho”. De un amplio estudio de las declaraciones, acuerdos y diálogos internacionales se concluye que dignidad humana es sinónimo de valor humano. (6)

La divinidad humana es la fuente de donde emanan los derechos y libertades. La dignidad humana es la causa y razón de las legislaciones sobre derechos humanos: libertad. Igualdad, inviolabilidad, justicia.

Sobre la dignidad humana en la tradición judía. La palabra hebrea dignidad sería Kavod, que en el lenguaje bíblico equivale a gloria, honor, esplendor, majestad, riqueza, peso, dignidad.

La dignidad de la muerte humana en la tradición judía enseña que cuando llega la hora de la muerte, el alma del moribundo desea dejar el cuerpo.

“Paúl Ramsey de Princeton University escribió un artículo con el provocativo título de “La dignidad de la muerte digna”. Ramsey señala que la noción de dignidad es tomada en muchos casos muy a la ligera. Frecuentemente se dice que la muerte se realiza con dignidad si se retiran los tubos, apagan respiradores y se separan aparatos del moribundo. Estos a lo sumo serían preludios para dignificar la muerte. La dignidad va mucho más allá que todo eso, pero después de todo se encuentra al final la indignidad de la muerte misma. Para Ramsey los intentos de embellecer la muerte, considerarla como un ritmo de la naturaleza o parte de la vida, son simplemente falsos.

En los casos complejos sobre aplicar o no procedimientos extraordinarios para salvar la vida. McCormick recurre a la tradicional posición católica de que no hay obligación de recurrir a los medios extraordinarios. Sin embargo, precisando más este término, opina son dos los elementos clave para este discernimiento: lo oneroso de la terapia y la razonable esperanza de recuperación del paciente.

Cualquiera de los dos criterios, pero sobre todo el último, serían determinantes, por ejemplo, para suspender o no el oxígeno o la alimentación intravenosa. Sobre esta base McCormick habla de calidad de vida y él propone como criterio de calidad de vida la potencialidad para una relación humana. La posición católica opina, no defiende una vitaminía o un vitalismo biológico, sino permite suspender el tratamiento cuando la vida

humana ha agotado su potencialidad. Con todo, nunca deben suspender ciertos cuidados mínimos (de higiene y de alivio) independientemente de la condición del paciente.

Una de las observaciones de la doctora Kübler- Ross que es importante es que el enfermo percibe muy a menudo mediante señales psicofísicas desconocidas para nosotros la llegada de la muerte, y que se le dificulta la despedida cuando se intenta bienintencionadamente disuadirle de su proximidad.

Estas vivencias no dicen nada sobre una vida después de la muerte, independientemente de lo que medios y teólogos hayan deducido de ellas. Por tres razones al menos:

- 1) Fenómenos parecidos se constatan también en otros estados anímicos extraordinarios- en sueños, en la esquizofrenia, en la enajenación por alucinógenos, y en la sugestión, que nada tiene que ver con un “mas allá”
- 2) Se ha observado que junto a este modo de morir llena de gozo y luminosidad, también se puede dar una forma de morir muy dominada por el dolor y el miedo, por ejemplo, en los casos de envenenamiento
- 3) Una tercera explicación es una científica-médica, que se podría preguntar ¿acaso no es posible que el sistema nervioso central, precisamente en situaciones de sobrecarga extrema, evoque con febril intensidad y rapidez imágenes del pasado y del futuro, estímulos luminosos extraordinarios, visiones sencillas o complejas, como un ultimo “respiro” del cerebro moribundo, al igual que el fuego que se apaga proyecta una ultima llamada antes de extinguirse?

BIBLIOGRAFIA

- 1)Arnoldo Kraus, Asunción alvarez “la eutanasia” Tercer Milenio (1998)
- 2)Gafo Javier (1999) Eutanasia y ayuda al suicidio “Mis recuerdos de Ramón Sanpedro”. Desc´lee de Brouwer, S.A
- 3) Kung Hans, walter Jens (1997) Morir con dignidad. Un alegato a favor de la responsabilidad: Trotta
- 4) Mittag Oskar (1996) Asistencia practica para enfermos terminales: Herder S.A. Barcelona.
- 5) Peck M. Scott (1999) “La negación del alma. El problema de la eutanasia”, Emece Editores
- 6) Perez Valera Victor. M. (1989) Eutanasia ¿Piedad? ¿Delito? Editorial Jus México
- 7) [http// www.secpal.com/guia/cuidados.html](http://www.secpal.com/guia/cuidados.html).
- 8) <http://www.vidahumana.org/vidafam/iglesia/aspectos.html>

CAPITULO IV

FACTORES PSICOSOCIALES

Es comprensible que una persona emocionalmente enferma presente un desajuste **emocional. Muchas veces, esta situación mejorará cuando el paciente vea que la familia y el Equipo de Profesionales se empiezan a preocupar por él.**

Al mismo tiempo se necesita la dedicación y atención humana de los **familiares y amigos**, que en el marco de sus posibilidades cuidan con todo cariño al enfermo muy grave y le ayudan llegando el momento a arreglar los asuntos familiares, financieros y religiosos.(2)

Si saben hasta que grado las operaciones, los dolores, las radiaciones y la quimioterapia pueden cambiar a una persona y muestran comprensión ante las diversas fases del morir aliviarán al enfermo la espera de la muerte (2)

La dedicación de considerar a una persona tiene consecuencias, y no sólo por lo que respecta a la actuación médica. También la **familia y los amigos** de un enfermo de muerte tienen que plantearse más pronto o más tarde hasta que punto tienen todavía esperanza de una curación o si pueden aceptar internamente la muerte de la persona querida. Su actitud condicionará de manera decisiva la relación con el enfermo, aunque también, por ejemplo, su trato con los médicos que lo atienden

La conversación con personas del amplio círculo social resulta provechosa en esa situación difícil y agobiante.

4.1. La familia y su enfermo

La familia es la más afectada cuando un integrante de esta enferma; Pero a la vez, tiene una serie de responsabilidades respecto al comportamiento que practica el propio enfermo, ya que la conducta de este aprende a través de los mismos procedimientos que cualquier otra. Por tanto, la familia tiene un peso importantísimo en la adquisición de este aprendizaje que se desarrollará desde la temprana infancia.

El conocimiento de que esa persona morirá en un tiempo previsible y que no hay nada que pueda curarla de su enfermedad da a los familiares una gran libertad para hablar francamente con los médicos del hospital o con el medico de cabecera sobre el tratamiento y cuidados ulteriores. (3)

El sentimiento a menudo torturante de responsabilidad de haber hecho realmente todo lo que estaba en nuestras manos para salvar al enfermo, puede ceder ahora al deseo de hacer todo lo posible para que el moribundo haga sin sufrimiento el último tramo de su vida, que también es importante para todos los interesados. (3)

Muchas personas viven también la experiencia de que su decisión de aceptar la muerte inminente de un ser querido las ayuda a comportarse de un modo más cariñoso y paciente con el moribundo. Hay por lo general, la muerte va precedida de una fase más o menos larga de una enfermedad, que a menudo impone grandes sacrificios a los familiares y que termina por agotarlos.(3)

Para el moribundo como para sus familiares, la conciencia de la muerte cercana es el resultado esencial para vivir los últimos tramos de la existencia de una manera personalmente importante y colmada

4.1.1 El proceso del duelo

“El duelo: una realidad universal y experiencia única e íntima.

Lo que necesita el proceso del duelo es comprenderlo mejor para vivirlo mejor.

La palabra “duelo” viene del latín dolore, que significa dolor. Pero el duelo, por más que pueda ser comparado con una herida, no es una enfermedad. Es más bien un proceso, un trabajo psíquico que implica a la vez una desvinculación y una reorganización. Este proceso exige mucha energía y valor, pero es necesario para progresar y adquirir mayor madurez.(4)

El duelo es el conjunto de reacciones de ajuste, adaptación y transformación necesarios para poder vivir sanamente y de manera autónoma después del fallecimiento de una persona importante. (4)

El duelo es, pues, un proceso de “reparación” y de “cura”, un proceso global cuya realización corresponde al doliente. Consiste en deshacer los nexos afectivos, la trama de la relación del doliente con la persona fallecida, y en aprender a vivir de otra manera, sin el otro. (4)

Todas las sociedades y culturas de las que tenemos noticia conocen rituales que regulan el proceso del duelo tras la muerte de una persona. Esos ritos tienen ante todo una función social. Deben asegurar el tránsito del difunto desde el mundo visible a un mundo invisible, han de fortalecer la comunión de los vivientes y han de ayudar a las personas a controlar el miedo y la angustia desencadenada por la muerte. (3)

Al lado de ese duelo “público”, que se impone por igual como un deber a los miembros todos de una comunidad y que se regula a través de unos usos tradicionales, está el duelo individual. El dolor, la rabia y la desesperación por la pérdida de una persona querida se manifiestan en múltiples reacciones del duelo anímico y corporal. . (3)

En la mayoría de las culturas la expresión del dolor individual tiene un sitio en el marco del ritual del duelo público, sin embargo el duelo es necesario. Es la reacción perfectamente natural a la muerte de una persona querida; una reacción que nos ayuda a soportar anímicamente la pérdida y a proseguir nuestra vida sin la presencia del difunto. El objetivo del proceso del duelo es la definitiva despedida interior del finado, la aceptación de la pérdida y la disposición a incorporarse de nuevo a la vida. Sólo con la aceptación del carácter definitivo de la pérdida puede quien lleva el luto como el proceso pesado y doloroso, aunque también necesario de liberación de la libido; es decir, de los vínculos placenteros con los difuntos .(3)

La reacción inmediata a una gran pérdida es la más de las veces un shock. Muchas personas describen sus sensaciones en situación tal como un entumecimiento interno, como una sensación de sordera corporal y anímica, el cual no permite que el hecho de la pérdida penetre realmente en la conciencia. A menudo ni siquiera se perciben el dolor y la tristeza.

En el proceso ulterior del duelo se llega una y otra vez a la negación y represión del sentimiento de tristeza. Muchos de los sentimientos vinculados al duelo son tan dolorosos y a menudo tan angustiosos, que quien lleva el luto hace todo lo posible por evitarlos y rechazarlos. Puede negar la realidad de la muerte en la medida en que evita todo cuanto recuerda la pérdida sufrida.

Una vez pasado el primer shock y la negación de la pérdida sufrida, el recuerdo de la persona muerta desencadena sin embargo una oleada de sentimientos fuertes. La psicoterapeuta Verena Kast ha denominado ese fenómeno como “fase de las emociones que irrumpen en forma caótica” (Kast, 1990) caótica, porque en ella se viven unos sentimientos diferentes por completo y hasta contradictorios entre sí. .(3)

El sentimiento de estar completamente solo y de haber perdido para siempre el difunto conduce a la depresión con llanto violento, auto acusaciones y posiblemente hasta pensamientos de suicidio. Quien lleva un duelo experimenta un vacío y desamparo interno sin límites: llora, estalla en auto acusaciones o se endurece en sus sentimientos y manifestaciones. .(3)

Finalmente el miedo juega un papel en el curso del duelo. Dolor, rabia y sentimientos de culpabilidad sólo provocan miedo. Y la propia muerte desencadena miedo y espanto. A través de la muerte de otra persona nos enfrentamos a la finitud de nuestra propia vida, eso nos provoca miedo. .(3)

Rara vez se presenta la envidia y la celotipia ya que la persona que lleva el duelo tiene una fuente de sentimientos de culpabilidad. La viuda que abierta u ocultamente tiene envidia de las mujeres que viven con sus maridos o los padres que tras la muerte de su hijo, llegan a sentir cólera contra sus familias con sus hijos, pueden ser algunos de los protagonistas de tales sentimientos.(3)

En la psicoterapia quien lleva duelo recibe apoyo para poder afrontar sus sentimientos de dolor, de rabia o incluso de culpa y para poder expresarlos de una manera adecuada a su personalidad. Así, en el curso del tratamiento se reviven una más fases importantes del proceso luctuoso y se hace posible una superación de la pérdida. Este proceso puede naturalmente resultar muy doloroso y pesado para tendencia a no abandonar en ningún caso los sentimientos vinculados con la pérdida. (3)

La despedida del difunto elimina simplemente el tormento del dolor paralizante de la tristeza, mientras que el recuerdo permanece y es ahora cuando realmente tiene libre cauce. (4)

En las sociedades occidentales, en las cuales es preciso mostrarse fuerte, ser una persona de éxito, es común que el duelo se niegue, se destierre, se mantenga oculto o al menos ignorado, porque viene a confirmarnos que hemos perdido. Sinónimo de sufrimiento, contradice directamente los valores vinculados con el espíritu materialista, que son la búsqueda perpetua de la simplicidad y la felicidad instantánea. (4)

Sin embargo, desde que el mundo es, mundo, el duelo como la muerte forma parte de la vida. (4)

El duelo nos concierne a todos sin excepción, sin tener cuenta fortuna, rango, educación, religión, sexo, edad o color de piel. (4)

No obstante, aunque el duelo es una realidad universal cada uno es particular. No se puede comparar el duelo por el deceso de uno o ambos padres, con el que experimentamos por la muerte de un niño, el cónyuge, un amigo, un amante o compañero de trabajo. La personalidad del doliente, su edad, su sexo, su historial, así como su capacidad de hacer frente a los sucesos trágicos y de expresar sus emociones, son también factores de importancia que influyen en la forma como se vive un duelo. (4)

El dolor, la pesadumbre y todas las emociones que puede provocar la muerte se expresaran de manera diferente, según la persona que los experimenta, pero el duelo no dejará de ser agobiante. (4)

En general, el duelo es difícil de vivir debido a la ruptura de los vínculos afectivas que provoca, pero la dificultad puede provenir también del hecho de que nos enfrenta a nuestra propia mortalidad, porque no recuerda nuestra fragilidad y vulnerabilidad.(4)

Deshacer los vínculos no quiere decir olvidar a la persona difunta. Al contrario, implica que uno se acordara mejor de esa persona tal como era. (4)

Las cinco etapas del proceso del duelo

El proceso del duelo presenta cinco etapas sucesivas que tienen una característica particular: las cuatro primeras pueden traslaparse o superponerse unas con otras, pero si se han vivido bien y ya ha pasado a la quinta. (4)

El duelo interrumpe el ritmo de lo cotidiano.

Fallecimiento de la persona importante:

- 1) Impacto y negación
- 2) Desorganización
- 3) Reorganización
- 4) Reacomodo de la vida
- 5) Transformación y curación

1) Impacto

la pena y el sufrimiento son a tal grado intensos, que no pueden aflorar. Esta incapacidad de sentir las emociones se considera como una forma de sabiduría que protege al doliente, impidiéndole que se derrumbe. (4)

Negación

Actuó como un mecanismo de defensa que garantiza temporalmente el equilibrio emotivo. Se puede considerar también como un reflejo de supervivencia, gracias al cual el organismo puede regular su energía para hacer frente a las obligaciones que siguen a la

muerte. Se trata de una estrategia útil e incluso necesaria a corto plazo, que facilita el doliente el proceso de admitir poco a poco el deceso de la persona importante. (4)

Sucede con frecuencia que el entorno fomenta en el doliente persistir en la negación, que se percibe equivocadamente como signo de fuerza, como prueba de que se les esta arreglando (cuando lo que esta sufriendo es todo lo contrario). Esta actitud no incita al doliente a pasar a la segunda etapa, que es cuando las emociones afloran. Ahora bien, la dificultad en el proceso del duelo no consiste en salir de él, sino en entrar, aceptando el sufrimiento que lleva consigo (4)

2) Desorganización

Durante esta fase, el doliente puede mostrar la tendencia a aislarse y a perder todo interés por las actividades habituales, como el deporte y el cine. En cierto momento, se siente incapaz de continuar viviendo sin la presencia del difunto, se siente inútil, no tiene motivación, está muy deprimido y sobre una baja general de energía. Cree y afirma que nunca más podrá volver a amar. (4)

La vida diaria es muy difícil en esta etapa: por una parte no hay estabilidad; ya no es posible el futuro con el difunto, y por la otra, el presente se ve invadido constantemente por sucesos y recuerdos del pasado. (4)

3) Reorganización

La reorganización se puede comparar fácilmente a una convalecencia; pero en los primeros momentos, el equilibrio emotivo es muy frágil y existe el riesgo de tambalearse con el menor roce. La liberación de todas las emociones es la fase más importante de la labor de duelo. (4)

A pesar de todo y paralelamente la vida vuelve a tomar su curso normal. En numerosos casos, la persona aprende a desempeñar un papel social diferente y a su ambiente se reconstruye. A veces el doliente se siente culpable por esa desvinculación y tiene miedo de olvidar por completo (4)

4)Reacomodo de la vida.

Las etapas de reorganización y reacomodo de la vida se superponen. A medida que el doliente libera su aflicción, adquiere un mejor conocimiento de sí mismo y vuelve a crear nexos con la vida. (4)

5) Transformación y curación.

El duelo brinda la ocasión de ir al interior de sí mismo y descubrir sus recursos profundos, pues el sufrimiento vivido conscientemente es con frecuencia un estímulo para evolucionar y abrirse ante los demás. Por ello, es importante vivir a fondo las cuatro primeras etapas, antes de pasar a la quinta. (4)

El doliente está ahora listo para perdonar y pedir perdón al difunto por las faltas y heridas que hayan marcado su relación. Está también dispuesto a perdonarse a sí mismo y a dar gracias al ausente por la experiencia que le ha heredado

4.2. El enfermo ante la sociedad

La eutanasia fue un problema social en aquellas sociedades primitivas en que se practicaba la eliminación de vidas consideradas inútiles, costumbre que estuvo admitida respecto a los recién nacidos con malformaciones o los ancianos en distintos pueblos de la antigüedad, hasta que la influencia del cristianismo acabó con tales prácticas inhumanas. Desde la llegada del cristianismo, la eutanasia dejó de ser un problema social hasta el siglo XX, en que algunos vuelven a convertirla en problema al pretender su legalización (1).

Desde los años 30 de este siglo se vienen constituyendo asociaciones en defensa de la eutanasia y se han propuesto leyes permisivas, que habitualmente han sido rechazadas, en distintos países. Sin embargo, la actitud a favor de la eutanasia de estos pequeños grupos, y cierta mentalidad de relativización del respeto debido al ser humano (que se expresa, por ejemplo, en el aborto), van calando en la sociedad, convirtiendo de nuevo a la eutanasia en un problema social que vuelve a aparecer después de haber sido superado durante siglos.

La actitud que la sociedad, y del propio enfermo tengan acerca de la enfermedad son especialmente relevantes para comprender como el paciente va a vivir su trastorno.

Cualquier sociedad presenta un conjunto de enfermedades que podríamos llamar estigmatizaciones. Algunos de ellos ni siquiera pueden nombrarse y deben emplearse eufemismos en su lugar recuérdese aquello de “el mal feo” para referirse a un problema canceroso. Afortunadamente, una mayor información acerca del cáncer en particular ha hecho suavizar esta visión negativa que para ayuda a los verdaderos afectados, los enfermos. Sin embargo así como en el pasado las enfermedades tabú fueron encabezados por el cáncer, la tuberculosis, el mongolismo o la lepra, en la actualidad la drogodependencia y el SIDA son las más afectadas por esta visión peyorativa.

Sufrir a escondidas, ocultando la enfermedad, o ser víctima de miradas despectivas y conductas confusas que oscilan entre el miedo, el desprecio y el rechazo.

4.3. El Equipo de Profesionales.

Un existe un acuerdo creciente en el sentido de que un acompañamiento humano de los pacientes terminales de parte de los doctores no es simplemente mantener ala persona con vida sino en la vida. Lo cual significa no aislar al moribundo si separarlo de cuanto en la vida le ha sido querido, aliviar sus dolores del mejor modo posible y, en la medida de lo posible, mantenerlo consciente y hacer cuanto está en nuestra mano dejarlo en la comunidad hasta el momento de su muerte.(3)

Muchos colaboradores de los hospitales han introducido incluso en la rutina y rigidez de los grandes servicios sus propios rituales, absolutamente privados, en el trato con la muerte. Las enfermeras de noche, que con especial frecuencia se enfrentan a la muerte de los enfermos, encienden una vela, abren la ventana en la habitación del moribundo o recitan una breve oración. Muchos médicos hospitalarios interrumpen su rutina diaria por un momento cuando un paciente muere, y en muchas conversaciones matinales se hace una breve pausa y se habla de un paciente que ha muerto la noche anterior.

Se trata de situaciones que no están reguladas por ningún ritual obligatorio y de las que muy pocas veces se habla fuera del hospital. El comportamiento de médicos y personal sanitario deriva de la necesidad absolutamente personal de respetar la dignidad de la muerte y de encontrar caminos para la propia tranquilidad.

La ilustración del paciente y de sus allegados acerca de enfermedades con riesgo de l a vida es uno de los cometidos más difíciles y dolorosos de los médicos. Por ese motivo hay que dar algunas indicaciones sobre cómo los médicos pueden realizar esa tarea de forma adecuada.

Existe la obligación de informar al paciente. Lo exige el derecho de autodeterminación del paciente, que debe saber lo que ocurre, que posibilidades de tratamiento existen y que consecuencias tendrán sus decisiones ulteriores.

El cese de la conversación y el aislamiento creciente del enfermo grave a menudo resultan peores a largo plazo que la misma enfermedad.

Para la ilustración de enfermos terminales incurables y de sus parientes los doctores siguen unas instrucciones según el Psicólogo Doctor Jurgen Hördler (1987)

1) La comunicación del diagnóstico:

Se debe de responder honradamente a las preguntas del enfermo. No interprete su silencio como indiferencia o como enfermo. No interprete su silencio como indiferencia o como un no quiere saber. Pregúntele al paciente si hay todavía algo que desearía saber de momento.

Fije una fecha en la que pueda disponer de tiempo suficiente para la conversación informativa.

No son propicias la última de la tarde ni la noche, porque el paciente no tiene entonces ninguna posibilidad de asimilar en cierta manera al menos la mala noticia antes de acostarse.

Siéntese junto al paciente cuando hable con él y, si a usted le parece, tómelo por la mano o por el brazo.

Evite las expresiones dramáticas (ahora tiene usted que ser muy valiente) y exprese más bien con palabras sencillas su pensar. “me duele mucho tener que decirle que todo a punta a que usted...

Imagínese que el paciente fuese una persona muy querida para usted y hable así con él. Por lo demás, en la mayoría de los casos el pesar tiene que ser sincero.

Exprese usted el diagnóstico y las consecuencias que pueden esperarse en un lenguaje coloquial, para que el enfermo entienda la terminología especial de la medicina.

No utilice expresiones que provoquen miedos innecesarios. No hable usted de una enfermedad “maligna” o “devoradora” que ahora es preciso “combatir”. Emplee más bien conceptos como “tumor” “cáncer” y “tratamientos”.

Debe informar al paciente sobre las posibilidades terapéuticas. Ahí entra también la información sobre los efectos secundarios que se esperan ¡y el pronóstico en el caso de que el tratamiento no se aplique!

No mencione usted plazos. Dígale al enfermo incurable que probablemente morirá en un tiempo previsible; pero que usted no puede asegurarle cuantas semanas o cuantos meses podrá vivir aún. Ni siquiera el médico más experto puede calcular exactamente, el curso ulterior.

1) Posibles reacciones de los pacientes:

De acuerdo con el diagnóstico y la personalidad del afectado las reacciones de los pacientes pueden ser muy diversas.

Muchas reacciones sirven de protección frente a un dolor psíquico torturante o frente a un miedo grande

.

Deje que el paciente reaccione como mejor le parezca.

No intente consolarse con palabras, pero manifiéstele su comprensión mediante gestos o conductas.

Aguarde pacientemente un rato, mientras el paciente calla.

Cuando el silencio se prolonga demasiado, puede usted alentarle a que hable: “yo me pregunto cómo se encuentra usted ahora” o bien “podría imaginar que ahora tiene usted algunas preguntas que hacerme”. Piense usted que el silencio puede ser también una forma de rechazo del acontecimiento agobiante, un no-querer-admitir la verdad. Respete usted ese rechazo, y no intente quebrantarlo con la violencia.

BIBLIOGRAFIAS

- (1) www.redjoven.org/tefondo/eutanasia_eutana04.htm

CAPITULO V

ENFOQUE RELIGIOSO

Todas las grandes religiones han coincidido en una cosa: El sentido del ser llega a su plenitud en su final. La muerte, el gran misterio, no es destrucción sino la plenitud. (6)

La fe en una resurrección, siendo está una dimensión que rompe el espacio y el tiempo, una vida totalmente en una ámbito divino, invisible e inconcebible, que simbólicamente llamamos “cielo” (6)

“La vida es un don dado al hombre por Dios y sujeto a su divina potestad, que mata y hace vivir. Y por lo tanto, el que mata a un siervo ajeno peca contra el señor de quien es siervo”. (Tomas de Aquino, 1956). (7)

El concepto y la realidad de la eutanasia eran extraños al mundo de la Biblia. La vida es un don precioso de Dios y solo él, como su dueño, puede determinar su fin.

Como propiedad de Dios, ningún individuo tiene derecho a destruir la vida, como si fuese algo propio: como dirá Job (1,21) “El señor me lo dio, el señor me lo quitó”.

Suicidarse a fin de evitar el sufrimiento existencial de la vejez y de la muerte implica quitarse la posibilidad del aprendizaje. También implica negar a Dios, quien nos creó para tal aprendizaje.

5.1. La eutanasia en la moral católica

El 5 de Mayo de 1980, la Congregación para la Doctrina de la Fe, publicada los puntos importantes de la Declaración sobre la eutanasia.

- 1) Condena de la eutanasia, “nadie puede atentar contra la vida de un hombre inocente... sin violar un derecho fundamental, irrenunciable e inalienable”. No se acepta esta practica “con el fin de eliminar radicalmente los últimos sufrimientos o de evitar a los niños deformes, a los enfermos mentales o a los incurables, la prolongación de una vida desdichada, quizás por muchos años, que podrían imponer cargas demasiadas pesadas a las familias o a la sociedad...Nadie, además, puede pedir este gesto homicida para asimismo o para otros confiados a su responsabilidad, ni puede legítimamente imponerlo ni permitirlo.(5)

- 2) Subraya el valor cristiano de dolor y la posibilidad de que el creyente pueda asumirlo voluntariamente, pero añade: “No sería sin embargo prudente imponer como norma general un comportamiento heroico determinado. Al contrario, la prudencia humana y cristiana sugiere para la mayor parte de los enfermos el uso de las medicinas que sean adecuadas para aliviar o suprimir el dolor. “Se reafirma la doctrina clásica eclesial de la legitimidad del uso de calmantes que pudiesen abreviar indirectamente la vida. (5)

- 3) La Declaración condena el encarnizamiento terapéutico “Es muy importante hoy día proteger, en el momento de la muerte, la dignidad de la persona humana y la concepción cristiana de la vida contra un tecnicismo que corre el riesgo e hacerse abusivo. (5)

- 4) Acepta el derecho a morir que la Doctrina entiende como “El derecho a morir con toda serenidad, con dignidad humana y cristiana”. Insiste en que este derecho a morir “no designa el derecho a procurarse o hacerse procurar la muerte como se quiera. (5)

- 5) La Declaración supera la terminología de medios ordinarios / extraordinarios y utiliza, en su lugar, una nueva pareja de términos que ya estaba presente en las discusiones de la teología moral católica. La de medios proporcionados / desproporcionados. Es importante tomar en cuenta el conjunto de circunstancias que rodean al propio enfermo y su proceso de muerte, especialmente la esperanza de recuperación de la salud. (5)

- 6) El documento acepta lo que se llama ortotanasia: “Es también lícito interrumpir la aplicación de tales medios cuando los resultados defraudan las esperanzas puestas en ellas. Los que deben decidir, en primer lugar al propio enfermo y a sus familiares y después al médico. (5)

- 7) Finalmente hay un último contenido, expresado por la Declaración que se refiere al significado de eutanasia, por parte del enfermo: “Las suplicas de los enfermos muy graves que alguna vez invocan la muerte no deben ser atendidos como expresión de una verdadera voluntad de eutanasia; estos son casi siempre peticiones angustiadas y de afecto. (5)

5.2. La eutanasia en otras denominaciones religiosas

La iglesia Ortodoxa Griega equipara la eutanasia voluntaria al suicidio, y por lo tanto, según su derecho Canónico, cuando consta que hubo premeditación, se priva al difunto de las ceremonias religiosas en el entierro. Víctor M. Perez afirma que nada permite quitar la vida, incluso en el caso de una enfermedad terminal, ya que el paciente sigue siendo una persona, un hijo de Dios.(7)

En cambio, en **la Iglesia Ortodoxa Rusa**, en tales casos, si se celebran ritos religiosos, pero éstos son más breves. Otra Iglesia igualmente firme en su rechazo a la eutanasia es la Iglesia Anglicana.

Por ello **la iglesia ortodoxa** se opone completa e inalterablemente a la eutanasia. Es temible y peligroso que seres humanos falibles jueguen a ser dioses. **La iglesia Ortodoxa** ha enseñado siempre que la eutanasia constituye la supresión deliberada de la vida humana y debe ser considerada como un homicidio. (5)

La tradición judía hace una clara distinción entre los actos positivos para acelerar la muerte y por otra, no realizar acciones que pueden impedir una muerte en paz. Subraya además que es claro que el Decálogo /Ex 21,14, Dt17) prohíbe toda clase de homicidio en el “no mataras”, pero si admite que se pueden recomendar drogas calmantes que faciliten los días finales del enfermo. Por ello se rechaza la eutanasia pero, donde ha cesado una “vida independiente” y se dan los criterios de proximidad a la muerte, no es necesario continuar con las medidas de soporte vital. (5)

El judaísmo reformado rechaza la eutanasia, basándose en que la vida humana es más que un fenómeno biológico; es un don gratuito de Dios; es el aliento de los soportes vitales, cuando se convierten en impedimentos para la muerte del enfermo terminal. (5)

Esta postura es común a las cuatro ramas de Judaísmo, pero difieren en el tema del goces, que para los judíos ortodoxos es un estado en que el paciente ya no puede tragar su saliva y no se le puede mantener vivo por más de 3 días. De acuerdo con su interpretación, si un paciente no puede tragar saliva, pero se le puede mantener vivo por más de tres días, no está aún en estado de goces. Por el contrario, los judíos reformados tienden a definir el goces de una forma más liberal, como el momento en la evolución de la enfermedad en que no hay esperanza razonable de recuperación. (5)

El Islam se basa en el corán, de acuerdo a las enseñanzas, sólo se permite matar en 3 circunstancias:

- a) En caso de adulterio
- b) Por haber matado a alguien injustamente
- c) Por desertar sin razones del Islam.

En todos los otros casos, la vida es un don de Dios y debe ser protegida. Según el pensamiento islámico, el dolor y el sufrimiento tienen una parte en la reducción del pecado y la muerte ocurre de acuerdo con la voluntad de Dios.

La ética médica hindú enraizada en tradiciones culturales y médicas antiguas. **El hinduismo** no tiene escrituras o jerarquías aceptadas universalmente.

El hinduismo no tiene escrituras o jerarquías aceptadas universalmente. Por ello, los códigos de ética han sido siempre flexibles y sometidos a interpretaciones locales. En esta temática, tienen particular importancia los conceptos de drama y karm, el primero marca las acciones y obligaciones que el hombre debe realizar.

El dolor y el sufrimiento de la enfermedad terminal son considerados consecuencia de las acciones pasadas y el como se afronta la enfermedad, la incapacidad o la muerte, determinará las condiciones de las vidas futuras.

La muerte produce ansiedad en el moribundo y dolor en la familia pero, de acuerdo con las tradiciones hindúes, la muerte no es el oppositum de la vida, sino el nacimiento.

La muerte puede ser alivio del sufrimiento, que disminuye la calidad de vida, y se puede esperar solaz en la nueva reencarnación.

Por tanto, se debe permitir a un enfermo morir en paz, ya que la vida, mantenida artificial o mecánicamente, es de poco valor. Sin embargo quitar activamente la vida, mediante una intervención médica, iría en contra del drama, interrumpiendo el trabajo del karma en la vida de un paciente y en el médico que la practica.

El objetivo final del **budismo** es la iluminación trasformadora y liberadora en la naturaleza de la realidad. Las técnicas budistas para llegar a la iluminación son la ética, la meditación y la sabiduría. La base de toda ética budista son los diez preceptos o enseñanzas acerca de la veracidad la justicia, y la compasión, de los que el primero afirma que un budista debe abstenerse de destruir la vida.

El sufrimiento no obliga, sino que se desvanece cuando el karma (es el que obliga a un a persona a realizar sus acciones y obligaciones) de uno es mejor. Por eso, es materialismo poner término al fin de la vida de una persona que sufre, y la muerte no es la solución al problema del sufrimiento.

El énfasis budista no excluye la intervención con compasión para aliviar el dolor (impidiendo las dosis letales), la escucha y el consejo. El médico debe aliviar los dolores, pero no interferir con la eutanasia en el proceso kármico de la persona lo afirma Williams, “ para los enfermos terminales el budismo pide atención hospitalaria no la eutanasia”.

Las iglesias Luteranas condenan unánimemente la eutanasia activa. En repetidas ocasiones los luteranos de los Estados Unidos han reafirmado su posición

También las iglesias Luteranas condenan unánimemente la eutanasia activa. En repetidas ocasiones los Luteranos de los Estados Unidos han reafirmado su posición: “el Sínodo de Missouri en la resolución 9-07, la Convención de 1975 en la resolución 8-10, la Convención de 1977 en la resolución 3-30 y en el Reporte Teológico sobre Eutanasia de Octubre de 1979.

De especial interés para el derecho y para la moral cristiana tradicional es la extraña posición del movimiento religioso denominado **Testigos de Jehová**. Los creyentes de la Torre del vigía rechazan la eutanasia activa. No se oponen, sin embargo, a la eutanasia pasiva en los casos que se requiera el uso de medios extraordinarios.(7)

Lo extraño aparece cuando rechazan un medio muy ordinario para conservar la vida: las transfusiones de sangre (exceptuando la autotransfusión) y las inyecciones intravenosas.

Para ellos esta prohibición arranca desde el año 49 de nuestra era, pues en el llamado Concilio de Jerusalén, que nos narra Los Hechos de los apóstoles (15, 28-29), se pide a los neoconvertos al cristianismo que se abstenga de lo sacrificado a los ídolos, de la sangre y de la fornicación (recuérdese que los tres pecados más graves en el judaísmo con la idolatría, el homicidio y el adulterio).

Los Testigos de Jehová son fundamentalistas, entienden la Biblia al pie de la letra. La exégesis y la hermenéutica no tienen cabida en su interpretación bíblica. Pero prescindiendo de esto, aun en una óptica literalista no puede deducirse la prohibición de las transfusiones de sangre, realidad que, por lo demás, estaba totalmente fuera del horizonte cultural del Siglo I de nuestra era.

La política básica fue establecida en los Estados Unidos desde 1944 en una resolución de la Suprema Corte: "El derecho de practicar libremente la religión no incluye la libertad para exponer... un niño... a enfermarse o morir. Los padres pueden ser libres de convertirse en mártires ellos mismos. Pero de esto no se sigue que sean libres para convertirse en mártires a sus hijos antes de que alcancen la edad de la plena y legal discreción y puedan elegir por sí mismos.

El Evangelio es la noticia de que la salvación de los hombres es ya una realidad por Jesucristo. El mal y el sufrimiento, consecuencia del pecado, pueden ser abolidos por la vida que nos trae el Señor. "En el programa mesiánico de Cristo, que es a la vez el programa del reino de Dios, el sufrimiento está presente en el mundo para provocar amor, para hacer nacer obras de amor al prójimo, para transformar toda la civilización humana en la «civilización del amor»"

BIBLIOGRAFIA

- (1) Gafo Javier (1999) Eutanasia y ayuda a l Suicidio “Mis recuerdos de Ramón Sanpedro”. Desclée de Brouwer, S.A.
- (2) Hans Küng, Walter Jens (1997) Morir con dignidad. Un alegato a favor de la responsabilidad: Trotta
- (3) Méndez Baiges Víctor(2002) Sobre morir eutanasias, derechos, razones: Trotta
- (4) Mittag Oskar “Asistencia practica para enfermos terminales” Herder, S.A. Barcelona, (1996).

CAPITULO VI

ENFOQUE JURÍDICO

6.1. Razones jurídicas en torno a la eutanasia

Son sobre todo tres las consideraciones jurídicas que deben examinarse ante el fenómeno eutánasico. Las dos primeras surgen del análisis del hecho mismo:

El motivo de Piedad por parte del sujeto pasivo

El consentimiento por parte del sujeto activo

La justicia y la Libertad

El motivo de piedad

En todo acto humano es de gran importancia el motivo, intención o finalidad del acto. El móvil de piedad, por lo demás es el elemento tipificante de la eutanasia, pues aunque faltare el consentimiento de la víctima, si se da el motivo de piedad en el sujeto activo, se configuraría el delito eutanasico.

El consentimiento

El consentimiento establecería la característica “quasi típica” de la eutanasia. La mayoría de los Códigos penales modernos consideran el homicidio con consentimiento de la víctima y lo penalizan más levemente que el homicidio simple. Las penas fluctúan alrededor de 60 días de prisión Dinamarca y 6 años en Italia.

Una última consideración: el deseo de morir no puede tomarse sin más como consentimiento y mucho menos como petición de la eutanasia. Así lo confirmó en una triste experiencia el Dr. Michels cuando interpreto las quejas de 24 enfermos desahuciados como peticiones de la eutanasia

Justicia y libertad

Hay tres casos reconocidos ampliamente por el Derecho, en que el matar es considerado justificado: el matar en la guerra, el matar en legítima defensa, y el matar mediante pena de muerte ¿no podría ser considerada la eutanasia también como un matar junto?

6.2. Muerte clínica legal

Dentro de los aspectos médico-legales que venimos tratando es necesario destacar que la reciente tecnología médica, con nuevas técnicas de “resucitación” y sostenimientos, ha suscitado nuevos planteamientos en el campo legal y concretamente en el tópico de la eutanasia.

Actualmente, por medios artificiales, se puede mantener la vida biológica: respiración circulación y nutrición, por meses y años, en personas descerebradas. Este fenómeno, desconocido hace cuatro décadas, ha llevado a proponer una nueva definición de muerte, tanto en el aspecto clínico, como legal.

6.3. La necesidad de legislar sobre la eutanasia

Cuando la eutanasia no está tipificada existe el peligro de que sea sancionada exageradamente.

Generalmente los casos de eutanasia han sido penalizado levemente. Así por ejemplo, Repouille emigrante de los Estados Unidos, que había matado a su hijo idiota y malformado en 1947. Su acción fue considerada homicidio en segundo grado, pero el juez aplazó la sentencia, la cual quedo en libertad vigilada. Herman Sander, un medico de Newm Hampshire, que en 1950 había inyectado en 4 ocasiones 10 centímetros cúbicos de aire en las venas a un enfermo con cáncer terminal, fue absuelto por insuficiencia de pruebas. Carol Paight en Connnecticut, que el mismo año mató a su padre enfermo de cáncer, fue absuelta, por demencia temporal. Igual sentencia, en casos similares, obtuvieron por el mismo motivo Mr Braunsdorf en 1950 en Michigan, R Waskins en 1967 y en 1973 el caso Zygmanskiak(2)

Ante esto se impone reflexionar acerca de la necesidad de legislar sobre la eutanasia, y tipificar lo menos absurdo y cruel.

Argumentos a favor de la eutanasia

Los avances de la tecnología médica y sus virtudes pueden prolongar irracionalmente la vida y ofrecer cantidad pero no calidad. Quienes consideran que la existencia debe concluir dignidad y la posibilidad de que sea el individuo quien decida cuales son los límites de “su vida” abogan por la eutanasia

- ✚ El Derecho a la muerte digna, expresamente querida por quien padece sufrimientos atroces
- ✚ El derecho de cada cual de disponer de su propia vida, en uso de su libertad y autonomía individual.
- ✚ La necesidad de regular una situación que existe de hecho, ante el escándalo de su persistencia en la clandestinidad.
- ✚ El progreso que representa el suprimir la vida de los deficientes psíquicos profundos o de los enfermos en fase terminal, ya que se trata de vida que no pueden llamarse dignas o “propiamente humanas”
- ✚ La manifestación de la solidaridad humana que significa la eliminación de una vida sin sentido, que se constituye en una dura carga para los familiares y para la propia sociedad

Mi vida es mía en el sentido restringido de que no es tuya

Es frecuente defender la eutanasia apelando al "derecho a morir", basado en la autonomía individual, ya que dentro de esa tendencia se suele abogar hoy por el derecho al suicidio.

Mi cuerpo no es tan mío

A diferencia de los derechos de propiedad sobre los frutos de su trabajo, la propiedad que tiene un hombre sobre su propia persona es inalienable: un hombre no puede transferir ese título vendiéndose como esclavo. La afirmación de Locke no es una tesis metafísica que establezca la propiedad sobre uno mismo; sino más bien, una tesis política que niega que uno mismo pueda ser propiedad de otro. Este derecho excluye a todos y cada uno de los seres humanos de los bienes comunes de los que todos los seres humanos pueden apropiarse y hacer uso. Mi cuerpo y mi vida son de mi propiedad sólo en el sentido restringido de que no son tuyos. Son diferentes de mi propiedad enajenable, como mi casa, mi coche, mis zapatos. Mi cuerpo y mi vida, aunque son míos para usarlos, no son míos

para desprenderme de ellos. En el sentido más hondo, mi cuerpo no es de nadie, ni siquiera mío. . (2)

Si la autonomía y la dignidad se basan en el libre ejercicio de la voluntad y la capacidad de elegir, es al menos paradójico decir que nuestra autonomía justifica un acto que la suprime definitivamente. (2)

Es precisamente esta paradoja lo que apela al yo creador nietzscheano, el sujeto de tantos de los "nuevos derechos" que se reclaman en este siglo. (...) El más auténtico yo auto creador se deleita en lo impredecible, lo extremo, lo perverso. Ni siquiera retrocede ante la contradicción; más aún, puede exhibir el triunfo de su voluntad especialmente en la auto-negación. Y aunque quizá nos subleve, ¿quién puede negarle esta forma de auto-expresión? (2)

BIBLIOGRAFIA

- (2) [www. Muertedigna.org/textos/euta 21.html](http://www.Muertedigna.org/textos/euta_21.html)

CAPITULO VII

ENFOQUE MÉDICO

7.1. Cuidados paliativos

El concepto:

Palliate significa en ingles: mitigar, aliviar, disminuir el dolor, dar alivio temporal.

(5)

Los programas de cuidados paliativos actuales se dirigen primordialmente a los moribundos de cáncer y sus familiares; más recientemente se proporciona a los enfermos de sida y algunos programas atienden a enfermos neurológicos motoras y a desórdenes neurológicos degenerativos. . (1)

Los cuidados paliativos se dirigen a los enfermos en situación terminal, que viene determinada por los siguientes rasgos:

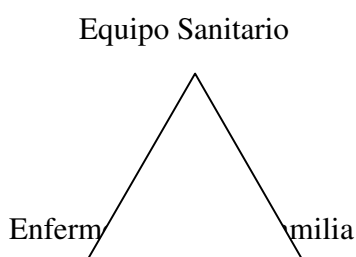
- ☒ Se trata de una enfermedad no curable y progresiva
- ☒ Sin respeto a tratamientos específico
- ☒ Tiene frecuentes problemas de origen multifactorial
- ☒ Ocasiona un gran impacto emocional sobre el enfermo y familia
- ☒ Presión de muerte a corto plazo (+- 3 meses)

En el Reino Unido se ha dado la siguiente definición “Es el estudio y trato de pacientes con enfermedad activa, progresiva y avanzada, para la que el pronostico es limitado y el objetivo del cuidado es la calidad de vida”. . (1)

El objetivo del cuidado paliativo es el logro de la mejor calidad de vida para los pacientes y sus familias. . (1)

A los médicos durante sus estudios en la Universidad no se les había enseñado nada sobre lo que deben hacer con un enfermo incurable, por lo que han tenido a considerar la muerte de un paciente como un fracaso profesional. . (1)

La filosofía de los cuidados paliativos puede plantearse de la siguiente manera



En 1992 comienzan a organizar cursos de cuidados paliativos para oncólogos, médicos de familia y, especialmente enfermeras. De esta forma, los que trabajan en cuidados paliativos comienzan enseguida a experimentar que el núcleo de todo buen cuidado es una buena comunicación entre los profesionales, la familia y el enfermo. No hay sólo dolor en el cáncer avanzado; el miedo, la aprehensión y la soledad afectan mucho más que el hecho de morir, aunque afecta a todos los períodos de la vida. Se necesita dar los principios de la medicina paliativa, ya que son los principios de una buena medicina. (1)

La medicina paliativa es el cuidado total de cuerpo, mente y espíritu del paciente en su proximidad a la muerte. (1)

A nadie se le pueden quitar los dolores, si tiene problemas con su fe; pero “nadie puede ponerse en paz con su Dios si siempre despierta sufre dolores o vómitos. (1)

Con el continuo desarrollo de buenos **cuidados paliativos** de calidad, se puede hacer mucho para aliviar tal sufrimiento y ayudar a mantener la dignidad de quienes están afligidos por enfermedades terminales. (1)

La medicina paliativa es una forma civilizada de entender y atender a los pacientes terminales, opuesta principalmente a los dos conceptos extremos que se aludirán posteriormente: ensañamiento terapéutico y eutanasia.(1)

Esta es una nueva especialidad de la atención médica al enfermo terminal y a su entorno, que contempla el problema de la muerte del hombre desde una perspectiva profundamente humana, reconociendo su dignidad como persona en el marco del grave sufrimiento físico y psíquico que el fin de la existencia humana lleva generalmente consigo.

En definitiva, la medicina paliativa es, ni más ni menos, un cambio de mentalidad ante el paciente terminal. Es saber que, cuando ya no se puede curar, aún podemos cuidar; es la conciencia de cuándo se debe iniciar ese cambio: si no puedes curar, alivia; y si no puedes aliviar, por lo menos consuela. En ese viejo aforismo se condensa toda la filosofía de los cuidados paliativos.

“La medicina paliativa, que parece tener sus antecedentes en la Gran Bretaña, está aún escasamente contemplada en la organización sanitaria española, y sería deseable que los poderes públicos reconocieran con mayor sensibilidad su existencia. Se asienta básicamente en el reconocimiento de la triple realidad que configura el proceso de la muerte inminente en la sociedad actual: un paciente terminal con dolor físico y sufrimiento psíquico, una familia angustiada que no acaba de aceptar la situación y sufre por el ser querido, y un

médico educado para luchar contra la muerte. Todos ellos están inmersos en una sociedad que parece no querer admitir el fracaso cuando la muerte se considera un fracaso". (4)

En las Unidades de Cuidados Paliativos, que son áreas asistenciales, incluidas física y funcionalmente en los hospitales, se proporciona una atención integral al paciente terminal. Un equipo de profesionales asiste a estos enfermos en la fase final de su enfermedad, con el único objetivo de mejorar la calidad de su vida en este trance último, atendiendo todas las necesidades físicas, psíquicas, sociales y espirituales del paciente y de su familia. Todas las acciones de la medicina paliativa van encaminadas a mantener y, en lo posible, aumentar, el sosiego del paciente y de su familia (4).

Se puede decir que la medicina paliativa ha existido siempre y ha sido ejercida tradicionalmente por los médicos, aunque no se haya considerado técnicamente como una especialidad. Sus principios están impresos en el juramento hipocrático y en la concepción histórica del ejercicio médico. Pero, ciertamente, como especialización dentro de la organización sanitaria representa una novedad, que es hacer frente a las peculiaridades del proceso de la muerte en el campo sanitario. Este proceso se ha complicado de forma extraordinaria, y exige la aparición de un nuevo médico, atento al máximo a los adelantos científicos y conocedor profundo de las necesidades del paciente terminal.

La aplicación de los conocimientos actuales de los cuidados paliativos constituyen en que la calidad de vida y confort de los pacientes antes de su muerte sea mejorada, para estos los instrumentos básicos son:

1.-Control de síntomas:

Saber reconocer, evaluar y tratar adecuadamente los numerosos síntomas que aparecen que inciden directamente sobre el bienestar de los pacientes. Mientras algunos se podrán controlar (dolor, disnea, etc) en otros será preciso promocionar la adaptación del enfermo a los mismos (debilidad, anorexia, etc). (11)

2.-Apoyo emocional y comunicación:

Con el enfermo, familia y equipo terapéutico, estableciendo una relación franca y honesta.(11)

3.-Cambios en la organización:

Que permitan el trabajo interdisciplinario y una adaptación flexible a los objetivos cambiante de los enfermos.(11)

4.-Equipo Interdisciplinario:

Este está conformado por los espacios y tiempos específicos con una formación específica y un apoyo adicional. El propio enfermo, familia y equipo terapéutico deben de adoptar una actitud adecuada ante esta situación.(11)

7.2 Tanatología

Las personas con convicciones religiosas y con mejores relaciones interpersonales son las que asumen e integran mejor la muerte.

La enfermería no goza prestigiosa valoración social, no está bien remunerada económicamente ni puede aspirar a grandes logros intelectuales. Pero sí tiene un papel trascendental a realizar en un mundo tan deshumanizado ante los enfermos y los ancianos: el de ser “personas capaces de compasión y de sensibilidad, competentes en su profesión; que se esforzarán en comprender las necesidades del que está cercano a la muerte y capaces de encontrar gratificación.

7.2.1. Encarnizamiento terapéutico

No aplicar o suspender cuidados médicos puede ser, unas veces, una forma de conducta eutanásica (de matar o dejar morir deliberadamente a un paciente), mientras que otras veces es el modo correcto de cumplir el mandato ético, que impone el artículo 28.2, de no someter al paciente incurable y terminal a tratamientos inútiles y probablemente ineficaces. No aplicar o suspender cuidados médicos es también una forma ética de respetar a aquellos pacientes que se niegan a someterse a determinados tratamientos, pues el médico no puede violentar, fuera de casos de obvia incapacidad o pérdida de razón, el deseo del paciente de no ser tratado. Éste tiene un deber ético de cuidar de su salud y de su vida y de aceptar los tratamientos para preservarlas, si se trata de medios que ofrecen una esperanza razonable de beneficiarle y que pueden obtenerse y aplicarse sin grave inconveniente, dolor o gasto. Puede, por consiguiente, el paciente rechazar los tratamientos que no ofrezcan una esperanza razonable de beneficio y que no pueden recibirse si no es con gran sufrimiento, o con gastos o inconvenientes graves.

Puede darse por superado hoy el viejo problema del tratamiento que acorta la vida, al que antes se llamaba eutanasia indirecta. Los recientes avances en el tratamiento del dolor y de la enfermedad terminal han hecho desaparecer el riesgo de anticipar, real pero involuntariamente, la muerte de ciertos pacientes: hoy ya no puede invocarse la muerte por compasión como único recurso contra el dolor intratable. No existe por tanto necesidad médico-profesional alguna para legalizar la eutanasia o la ayuda médica al suicidio: existen recursos médicos para tratar la enfermedad terminal, el dolor, la depresión. La muerte deliberada de los pacientes no es solución a ningún problema médico.

7.2.2 El ensañamiento terapéutico

Es un intento de retardar lo más posible la muerte, gracias a una intervención médica. Debo decir que respecto a algunos años atrás, cuando el ensañamiento terapéutico era deseado, hoy la impresión que se recibe es que se es más bien pronto a declarar el ensañamiento terapéutico y a renunciar a la terapia, sobre todo si es muy gravosa. Ante este problema, extremadamente padecido y delicado para los familiares y, en primer lugar, para los médicos, preocupados por afrontarlo y resolverlo en ciencia y en conciencia, pienso que son dos las exigencias que debemos aclarar y tratar de respetar hasta el fondo. La primera es definir cuándo hay un ensañamiento terapéutico: a mí me parece que hay unos criterios objetivos, que no dependen sólo del familiar o del médico; son criterios que se encuentran dentro de la realidad y que, por lo tanto, están arraigados en la realidad misma. A la luz de la reflexión bioética, parece que son tres, en base a los cuales podemos decir que estamos ante un ensañamiento terapéutico. El primer criterio es el de la inutilidad, cuando se trata de una cura que resulta del todo ineficaz e inútil: "podemos continuar, pero incluso continuando no obtenemos resultados". Cuando nos encontramos ante una situación de irreversibilidad, generalmente definida por la muerte cerebral, es verdaderamente inútil continuar.(10)

7.3. Las etapas por la que pasa el moribundo

El conocimiento de las etapas por la que pasa un moribundo ha ayudado sin duda a muchos doctores y doctoras, personal sanitario y cuidadores, y a muchos familiares, no a contemplar impotentes y azorados la muerte de una persona, sino acompañarla compartiendo sus sentimientos, adaptándose a sus diferentes estados de ánimos, de modo que sea una muerte digna también en la dimensión de comunicación interpersonal.(2)

Parsons considera la enfermedad como una desviación social caracterizada por el fracaso o la incapacidad de una persona para desempeñar su rol habitual y responder a las expectativas que los demás y el mismo tienen acerca de su conducta, cayendo en una situación de dependencia. La persona enferma presenta ciertas características:

*No es responsable de su estado. En ningún sentido puede considerarse enferma aquella persona de una forma voluntaria y premeditada finge la presencia de determinados síntomas para cubrir intereses personales.

*Es eximido de sus responsabilidades habituales. Las personas enfermas son dispensadas de realizar actividades en función de las características del cuadro que presentan. Ninguno de nosotros forzaría a una persona con fiebre a realizar tareas domésticas, por ejemplo.

*Debe buscar tratamiento y contribuir al proceso terapéutica.

Esta forma parte de las obligaciones del enfermo, quien ha de contribuir a su curación comportándose de manera adecuada y siguiendo los consejos médicos recomendados.

Según Kübler-Ross todos los moribundos pasan por cinco fases: negación, cólera, discusión, depresión, y consentimiento. (3)

La primera etapa es de Negación:

En esta fase el paciente intenta alejar de sí el conocimiento de que padece una enfermedad, que lo conducirá a la muerte. Esa negación de una verdad desconcertante tiene una importante función protectora. Habría que respetarla a toda costa. Esa tendencia a no querer- admitir puede ser especialmente fuerte, cuando la ilustración sobre la gravedad del padecimiento se realiza de una manera directa y con escasa sensibilidad o simpatía. Característico en esta fase es el cambio rápido de la negación al conocimiento repentinamente realista de la situación personal. (3)

Segunda etapa es de la Ira:

El paciente, que poco a poco llega al conocimiento de que ha sido efectivamente a él a quien le ha tocado y a nadie más, se llena de sentimiento de irritación, resentimiento, envidia y amargura (3)

¿Porque precisamente yo? Es una pregunta frecuente en esta fase, en la cual confluyen el desamparo y la queja amarga contra el destino. (3)

Tercera etapa la Discusión:

Esta fase dura muy poco y desemboca enseguida en una fase de depresión. El paciente intenta conseguir un aplazamiento de la muerte inminente mediante una serie de contraprestaciones (rezos, asistencia a los oficios, religiosos, observación de las prescripciones de tratamientos) (3)

Cuarta etapa la depresión:

Esta fase puede entrar con un empeoramiento del estado físico y, también con (3) una tentativa de tratamiento fracasado. El paciente reconoce que ya no puede forjar ningún aplazamiento más y que le llega imparable la separación de todo lo que le es querido. (3)

La fase de la depresión representa también para el enfermo un camino para prepararse a la pérdida inminente de todas las cosas que le son su propio destino. (3)

El miedo a lo desconocido del morir, el miedo al abandono y desamparo y el miedo al horror de la soledad después de la muerte son, sin embargo, fenómenos concomitantes muy frecuentes en esa fase de la agonía. Y aquí entra también el miedo de que la propia vida haya sido inútil y se haya malgastado. (3)

Quinta etapa el Aceptación:

Kübler –Ross describe esta fase como último descanso de un abandono resignado y sin esperanza. Mientras que la resignación puede reconocerse en expresiones como “simplemente estoy demasiado cansado para seguir luchando”, parece que en un consentimiento genuino la lucha ya ha quedado atrás, han pasado los dolores y el moribundo se ha liberado de los sentimientos de amargura y depresión. (3)

En esta fase el moribundo acepta su destino y va al encuentro de la muerte con gesto sereno Kübler- Ross describe cómo en esta fase de asentimiento los enfermos muestran a menudo una singular expresión de serenidad y paz llena de dignidad humana. Y afirma que en la practica todas las personas pueden alcanzar ese estado con sólo que los médicos y el personal asistencial las acompañen de una manera conveniente.(3)

El moribundo tienen derechos entre ellos es tener una autentica muerte digna esta incluye:

*El derecho a no sufrir inútilmente

*El derecho a que se respete la libertad de su conciencia

*El derecho de conocer la verdad de su situación

*El derecho a decidir sobre si mismo y sobre las intervenciones a que se le haya de someter

*El derecho de mantener un dialogo confinado con los médicos, familiares, amigos y sucesores en el trabajo

*El derecho a recibir asistencia espiritual

*El derecho a no sufrir inútilmente y el derecho a decidir sobre si mismo amparan y legitiman la decisión de renunciar a los remedios excepcionales en la fase terminal, siempre que tras ellos no se oculte una voluntad suicida.

7.4.El juramento Hipocrático

El juramento de Hipócrates afirma:

“Jamás daré a nadie medicamento mortal, por mucho que me lo solicite”. Hoy se considera que dicho juramento no procede del padre de la medicina, sino de círculos neopitagóricos que se oponían a la eutanasia, ya que somos posesión de los dioses y pecamos contra nuestros amos si buscamos abandonar nuestro lugar en la vida.

Juro por Apolo, médico, por Asclepio, y por Higía y Panacea, y por todos los dioses y diosas del Olimpo, tomándolos por testigos, cumplir este juramento según mi capacidad y mi conciencia: Tendré al que me enseñó este arte en la misma estimación que a mis padres, compartiré mis bienes con él y, si lo necesitara, le ayudaré con mis bienes. Consideraré a sus hijos como si fueran mis hermanos y, si desean aprender el arte médico, se lo enseñaré sin exigirles nada en pago (4).

A mis hijos, a los hijos de mi maestro y a los que se obligaran con el juramento que manda la ley de la Medicina, y a nadie más, les enseñaré los preceptos, las lecciones y la práctica. Aplicaré mis tratamientos para beneficio de los enfermos, según mi capacidad y buen juicio, y me abstendré de hacerles daño o injusticia. A nadie, aunque me lo pidiera, daré un veneno ni a nadie le sugeriré que lo tome(4).

Del mismo modo, nunca proporcionaré a mujer alguna un pesario abortivo. Viviré y ejerceré siempre mi arte en pureza y santidad. No practicaré la cirugía en los que sufren de cálculos, antes bien dejaré esa operación a los que se dedican a ella. Siempre que entrare en una casa, lo haré para bien del enfermo. Me abstendré de toda mala acción o injusticia y, en particular, de tener relaciones eróticas con mujeres o con hombres, ya sean libres o esclavos (4).

Guardaré silencio sobre lo que, en mi consulta o fuera de ella, vea u oiga, que se refiera a la vida de los hombres y que no deba ser divulgado. Mantendré en secreto todo lo que pudiera ser vergonzoso si lo supiera la gente. Si fuera fiel a este juramento y no lo violara, que se me conceda gozar de mi vida y de mi arte, y ser honrado para siempre entre los hombres. Si lo quebrantara y jurara en falso, que me suceda lo contrario (4).

Artículo 28.1. El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de un paciente ni por propia decisión, ni cuando el enfermo o sus allegados lo soliciten, ni por ninguna otra exigencia. La eutanasia u "homicidio por compasión" es contraria a la ética médica(5).

(Adoptado en Londres, 1949. Enmendado en Sydney, 1968, y Venecia, 1983)

Artículo 28.2. En caso de enfermedad incurable y terminal, el médico debe limitarse a aliviar los dolores físicos y morales del paciente, manteniendo en todo lo posible la calidad de una vida que se agota y evitando emprender o continuar acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Asistirá al enfermo hasta el final, con el respeto que merece la dignidad del hombre (6).

Artículo 31. El médico en ningún caso dejará de prestar su atención al paciente que la necesitara por intento de suicidio, huelga de hambre o rechazo de tratamiento. Respetará la libertad de los pacientes y tratará de persuadirlos a que depongan su conducta, aplicando, en las situaciones límite, previo requerimiento de la autorización judicial, la imprescindible asistencia médica (7)

Nunca el médico podrá reconocer motivo alguno que la justifique, ya que toda eutanasia es una acción intrínsecamente inética: es un homicidio, aunque subjetivamente pueda haberse ejecutado por compasión. Esta tajante condena médica de la eutanasia contrasta con ciertas actitudes que, al parecer, están ampliamente difundidas en la sociedad, resultado quizá del activismo pro-eutanasia que, en los últimos años, ha difundido su

mensaje en favor de la despenalización de la ayuda (médica) al suicidio voluntario y del derecho de las personas a decidir el momento y el modo de su propia muerte.

No caben excepciones para la eutanasia

"No se debe cambiar la ley. La muerte deliberada de un ser humano debe seguir siendo un delito. Este rechazo de cualquier cambio en la ley actual, de modo que se permitiera a los médicos intervenir para poner fin a la vida de una persona, (...) es, sobre todo, una afirmación del supremo valor del individuo, sin que importe cuán sin valor o cuán sin esperanza pueda sentirse".

“Desde una perspectiva integral, abordando el aspecto físico, emocional, social y espiritual del paciente, aconseja el geriatra Martínez Arronte “Para discutir esto tenemos que prepararnos y actualizar inclusive el juramento hipocrático en este siglo XXI que estamos viviendo, pues la última revisión se hizo en los años setenta de la década pasada. La Asociación Mexicana de Tanatología ha trabajado desde hace 12 años en este tema, capacitando y dando información al profesional de la salud, pero también tenemos que preparar a la sociedad, porque lo importante es lograr un cambio de actitud respecto a la eutanasia es un asunto muy complejo y en su debate deben participar especialistas de los más diversos campos: filósofos, biotecnólogos, juristas y médicos”⁽³⁾

Código Internacional de Ética Médica

“El médico mantendrá siempre el más alto nivel de conducta profesional. El médico no permitirá que el ejercicio libre e independiente de su juicio profesional en favor de sus pacientes quede influido por motivos de ganancia. En todo tipo de práctica médica, el médico procurará prestar su servicio profesional con competencia, con plena independencia técnica y moral, y con compasión y respeto por la dignidad del hombre. El médico debe

tratar con honradez a sus pacientes y colegas y se obliga a denunciar a los médicos débiles de carácter o deficientes en competencia y a los que incurran en fraude o engaño. Se consideran faltas de ética las siguientes prácticas:

La publicidad hecha por el médico, a menos que esté permitida por las leyes del país y por el Código de Ética de la asociación médica nacional(8).

b) Dar o recibir una comisión u otra ventaja por haber enviado un enfermo a un colega, o por dirigir al paciente a determinada farmacia o establecimiento. El médico deberá respetar los derechos de los pacientes, de los colegas y de los otros profesionales de la salud, y protegerá las confidencias de sus enfermos. El médico, cuando administre cuidados profesionales que puedan debilitar la condición física o mental de su paciente, sólo lo hará para beneficio del enfermo. El médico obrará con suma cautela al divulgar, a través de canales no profesionales, sus descubrimientos, nuevas técnicas o remedios. El médico certificará sólo lo que haya comprobado personalmente”(8).

Deberes de los médicos hacia los enfermos

El primero: preservar la vida humana

El médico tendrá siempre presente su deber de preservar la vida humana. El médico debe a su paciente una total lealtad y todos los recursos de su ciencia. Siempre que un médico vea que alguna exploración o tratamiento sobrepasan su capacidad, deberá pedir la ayuda de otro médico que tenga la habilidad necesaria. El médico guardará secreto absoluto sobre todo lo que sabe acerca de su paciente, aun después de la muerte de éste. El médico tiene la obligación humanitaria de prestar auxilios en caso de urgencia, a no ser que esté seguro de que otros médicos pueden y quieren prestar esos auxilios(8).

El médico debe ser competente en el tratamiento del dolor y de la angustia

Nunca se destacará bastante el alto valor profesional de la Medicina paliativa, que requiere tanta ciencia y experiencia como las restantes especialidades médicas. En una Declaración sobre la Eutanasia, que hizo pública la Comisión Central de Deontología en junio de 1986, se dice que "la asistencia médica al moribundo es uno de los más importantes y nobles deberes profesionales... El médico está obligado a desempeñar su genuina función de ayudar y atender al morir de sus pacientes por medio de un tratamiento competente del dolor y de la angustia. Ha de empeñarse en procurar el mayor bienestar material; ha de favorecer, según las circunstancias, la asistencia espiritual y el consuelo humano al moribundo; prestará también su apoyo a los allegados de éste"(3).

Así pues, el médico no puede permanecer ajeno a las necesidades del paciente y de sus allegados y ha de saber confortarles en ese trance final. Para ello, necesita, además de conocer suficiente Medicina paliativa, tener sensibilidad para percibir las necesidades físicas y morales del moribundo y cooperar para que no le falte ni el consuelo humano ni la atención espiritual que, de ordinario, son la necesidad primordial del paciente y sus familiares y amigos.

Deberes de los médicos entre si

El médico se portará con sus colegas como quisiera que sus colegas se portaran con él.

El médico no puede atraer hacia sí los pacientes de sus colegas.

BIBLIOGRAFIA

- (4) www.iveargentina.org/forosalfonso/articulo_ajenos/eutanasia_muerte_dulce.htm
- (5) www.muertedigna.org/textos/euta21.html
- (6) www.muertedigna.org/textos/euta23.html
- (7) www.muertedigna.org/textos/euta24.html
- (8) www.muertedigna.org/textos/euta25.html
- (9) www.muertedigna.org/textos/euta22.html
- (10) Revista MUY INTERESANTE AÑO XVIII No 11 pp. 30.
- (11) www.secpal.com/guia/cuidados.html

CAPITULO VIII

REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA EUTANASIA

8.1 Introducción

El temor más grande de la mayoría de las personas no es morir atados a maquinas de supervivencia, sino en una lenta agonía física, prolongada por estas maquinas o por alguna otra forma del mal manejo médico. Nada alienta más el debate sobre la eutanasia como el miedo al dolor físico intratable.

Para hablar de Representación Social es necesario remitirnos en una primera instancia al concepto de Representación Social, Moscovici nos dice que es “un conjunto de conceptos, declaraciones, y explicaciones originadas en la vida cotidiana, en el curso de las comunicaciones individuales”. A partir de esto podemos comenzar a relacionarlo con el tema de la investigación que es la eutanasia.

Es difícil comenzar a explicar la manera en que la eutanasia ha sido vista, criticada y negada en un país como el nuestro la experiencias de los doctores como no lo menciona nuestra teoría no es suficiente ante todo esta la ética profesional ¿Pero no es acaso el bienestar del paciente lo que persiguen?, pero esta pregunta esta contestada dependiendo del punto de vista y del lugar en donde se ubique la persona, es difícil que conociendo el punto de vista de un religioso, de un médico, de un familiar de un paciente terminal y el mismo paciente terminal que podríamos llegar a un acuerdo, es a través de la opiniones de los colegas de los doctores que se puede tomar la postura de cómo se es vista la eutanasia

La Representación Social nos muestra una manera sencilla de involucrarnos a un tema tan difícil, las ideas y las experiencia que tienen los implicados es lo que permite conocer la opinión del tema y es esta la visión que le interesa a las Representaciones Sociales.

8.2. Representacion Social de la Eutanasia

Por medio de la Representación Social podríamos deducir que el individuo es manejado por sus creencias, percepciones e ideas con los que sus respuestas en estímulos del medio ambiente, esto quiere decir, que el hombre por naturaleza se mueve por una serie de condiciones para que pueda relacionar en nuestra vida cotidiana. Todos los momentos en esta vida cotidiana los relacionamos con lo que tenemos en nuestro alrededor, y con nuestras experiencias, esta relación de lo visible y la apariencia, es decir la realidad de lo que vivimos y lo que estamos viviendo, es lo que nos permite ponernos en un lugar de aquella realidad que para nuestras vidas es algo inevitable. Consideremos aquí la postura de los médicos acerca de la Eutanasia, ellos tienen una realidad pasada y vigente el Juramento Hipocrático, ese juramento que les recuerda y les aclara el sentido del porque están en esa población para salvar vidas. Con esto podemos concluir que todo lo que percibimos es nuestra Representación. Por medio de la percepción del mundo nos hemos dado cuenta de que el hombre es inducido a través del rol que está determinado por creencias, prejuicios, estereotipos, actitudes, categorías, sentimientos o intenciones. Esto nos lleva a ubicar en un modo jerárquico en un primer plano al médico y en un segundo plano al paciente.

Esto aludiendo que el médico por tener la salud o la enfermedad del paciente tiene un poder de sometimiento ya que es su salud la que está de por medio y se somete a lo que el doctor ya que si no lo hace piensa que no sanará.

Esto es históricamente conocido ya que en todas las relaciones de dos, como lo es el profesor-estudiante, padre-hijo, patrón-empleado.

Una de las dos partes conocidas ejercen sometimiento e influencia, y si hablamos de la salud de una persona es mucho más ya que el paciente no tiene conocimiento necesaria para considerar por un momento que el médico el que se encuentre en esta situación su experiencia previa lo hace a reconsiderar su status ante otro colega. La Representación que

tiene el médico de la propia enfermedad es lo que permite situarse en el tiempo y espacio que este requiere.

En esta interacción de sujetos, independientemente del lugar que ocupen dentro de la sociedad nos damos cuenta que existen fenómenos marginados dentro de una misma cultura, esto se debe a que cada quien va a dar sentido a su proceso perceptivo según su formación y criterio personal, es decir, va a influir el contexto, el interés y la experiencia.

Dentro de la temática de la eutanasia”la forma de percibir el evento y entender la muerte asistida son abstracciones difíciles de comprender y conceptuar para el médico. Su pensamiento se plasma en el lenguaje, siendo este expresando en la forma en que vive el evento diariamente en un hospital con enfermos terminales.

El hecho de que sea el médico la persona más allegada al paciente terminal constituye. Toda una Representación Social de eutanasia ya que es este el puente entre la enfermedad del paciente y la relación con el mundo exterior que se ve afectado por la enfermedad.

8.3. Conclusiones

La forma en que la Representación es adherida a los médicos es de una forma natural e influida ya que es este proceso muy natural en una Representación, es decir, tiene una influencia exterior ya sea de los otros (sus colegas), y del mismo Juramento Hipocrático

Por otro lado tenemos a las enfermeras que también conforman este mundo de un paciente terminal, la representación Social que tienen estas también es influida a mi forma de pensar es influida más en la relación que tienen con los pacientes ya que día a día cuando llegan a trabajar ven el empeoramiento de sus pacientes, y por supuesto el paciente terminal es con las que más interactúan y se los comunican más y ellas tienen un sentimiento diferente por este compromiso.

Otro punto importante de este tipo de Representación que se han elaborado las enfermeras tiene que ver con esa transición que tiene las Representaciones de cambiar las viejas por las nuevas conforme a la relación con los otros y con las experiencias vividas. Por consiguiente podemos decir que el individuo aislado no puede crear un Representación. Estas Representaciones se van transformando o creando nuevas a través de la comunicación y la cooperación.

CAPITULO IX

METODOLOGÍA

9.1 Planteamiento del problema.

El tema de la eutanasia suele ser confundido con la ayuda al moribundo. Parecería ser que esta confusión es debido a múltiples razones como: la falta de información y conocimientos adecuados sobre el tema, la falta de interés social mostrando hacia el problema y la falta de elementos que puedan diferenciar y definir la eutanasia

Conocer y hablar del tema es difícil, causa polémica y prejuicios ya que las personas no conciben que pueda existir una manera fácil de quitar el sufrimiento de una enfermedad terminal, solamente se conoce que es cuando llega el fin de la enfermedad, este termino de la vida es legal y moralmente aceptable. Es a partir de esto que nos podríamos preguntar cual es **“La Representación Social de la Eutanasia en el aspecto jurídico y médico”**.

Objetivo General:

- Realizar una investigación que permita conocer y ampliar la información acerca de la eutanasia en el ámbito legal, religioso y médico ya que son los dos ámbitos más relacionados con este tema.
- Se espera que sea un estudio que de armas para saber que es lo que se opina sobre este tema y se tenga una noción de que puntos son los que se deben de tomar en cuenta para una posible legalización

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Saber como se desenvuelve la legalidad en la forma que se percibe la eutanasia en un ámbito jurídico.
- Saber que aspectos intervienen en el area medico para hablar y tratar acerca de la Eutanasia

El fin de esta investigación es conocer y divulgar los resultados para investigaciones posteriores, conozcan los limitantes que yo pueda o pude tener a lo largo del proyecto y que los demás rompan y los pasen.

HIPOTESIS

- El sufrimiento y el dolor de los enfermos terminales es suficiente razón para que se considere una posible legalización de la eutanasia

DELIMITACION DEL OBJETO

Lo que se espera que de cómo un resultado satisfactorio es realizar un estudio en el cual se considere algunos ámbitos importantes de lo que constituye la eutanasia con esto quiero decir que se tendrá un cuidado especial en estos ámbitos como son:

La ética profesional como bien ya sabemos, este punto es importante en la relación de enfermo-doctor, que pasa con este cuando un enfermo terminal le pide a su doctor que le practique la eutanasia puesto que los dos saben que no hay cura para su enfermedad y no quiere seguir sufriendo, ¿Cuál ética pesa más aquella que tiene entre paciente-doctor o doctor- profesión?.

Otro de los ámbitos importantes es la religión este es un ámbito que mueve a todo el mundo y como se podrá ver existen diferentes puntos de vista que van cambiando con respecto a la religión que cada cultura se tenga.

Con este ámbito anterior da pie para pensar en la educación, en la moral y en las creencias que nos inculca la familia, esta es la que aferra a su enfermo a la vida.

El siguiente es el Enfoque jurídico este es el principal del proyecto, este es el punto en el que se encierra lo religioso y lo medico, por el que los doctores han evitado a toda costa la practica de la eutanasia, ya que en una sociedad como la nuestra donde se censura y se castiga, es preferible evitarla y hablando de los religioso estamos hablando de diferentes religiones dependiendo nuestra cultura, en nuestra sociedad la católica en otra la protestante etc.,.

Ahora por ultimo mencionaremos la pieza clave del rompecabezas, que es el enfermo este que debería tener la libertad de elegir de morir o seguir viviendo, pero como no lo diría Stuart. M. “ la libertad de uno llega donde comienza la del otro” es difícil disponer de nuestra propia vida, ya que el suicidio se considera un mal ejemplo para las personas que están a nuestro alrededor, ¿Pero que pasa con su dolor? Que es lo que debería importar.

JUSTIFICACIÓN:

Este tema me parece importante ya que es un tema que ha sido muy poco difundido porque se trata de un tema que la mayor parte de la gente lo considera un tema intocable **la muerte**, no es el hecho de la muerte sino el sufrimiento que trae consigo. Pero que pasa cuando este sufrimiento es imparable, ¿la eutanasia ayudaría en este caso? Son varios aspectos que se tienen que ver tanto moral, el médico y el legal.

Pero es en este punto que trae consigo muchas cuestiones morales, sociales, éticas, familiares para que se considere que la eutanasia no se debe practicar.

A la vez es un tema que se debe difundir más por la constante confusión que se crea con otros términos.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

En este estudio se realizara un estudio instrumental, este tipo de estudio nos ayuda a conseguir o comprender una comprensión diferente de lo ya existente.

En el proyecto que se le presenta al lector se realizara un estudio de tipo cualitativo con una perspectiva etnometodologica.

El investigador es estudios cualitativos de casos intenta facilitar la comprensión al lector, ayuda a comprender que las acciones humanas importantes pocas veces tienen una causa simple y que normalmente no se producen motivos.

La finalidad que persigue este tipo de estudio, es el de auxiliar al investigador para definir de una manera personal la cercanía que pueda tener o que haya tenido con el tema que aquí concierne.

Se llevara a cabo estudios de caso con dos profesionistas diferentes estas serán un medico y enfermera esto con el fin de que se puedan ver diferentes tipos de perspectivas sabiendo de ante mano que por los roles y la representación que tienen sobre dicho tema se hará un estudio más rico.

El cometido real de realizar los estudios de casos es la particularización. Se toma un caso en particular, en esta investigación se tomaran en cuenta un caso de los diferentes ámbitos que interesan para el tema, como es el médico y el jurídico, para conocer más a fondo acerca de lo que saben , opinan y consideran acerca de la EUTANASIA.

Se destaca la unicidad; esto implica el conocimiento de los otros casos de los que el caso en cuestión se diferencia

JUSTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO

El instrumento que se realizara en esta investigación es el estudio de caso, que consto en una guía de temas diferente en cada caso para que se pudieran expresar libremente.

La finalidad de utilizar este instrumento es:

- Que se espera que abarque la complejidad de un caso particular.
- Y que es un instrumento que se encarga del estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes.

CAPITULO X

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

METODOLOGÍA

La metodología que se llevo a cabo en este proyecto es el Análisis de las representaciones basadas en las opiniones, informaciones, experiencias y comportamientos de las personas en su vida cotidiana y en su opinión pública que pueden modificar o aceptar los diferentes puntos de vista que constituyen en este mundo.

Esto se llevo a cabo a través de entrevistas a profundidad a distintos profesionistas como lo son:

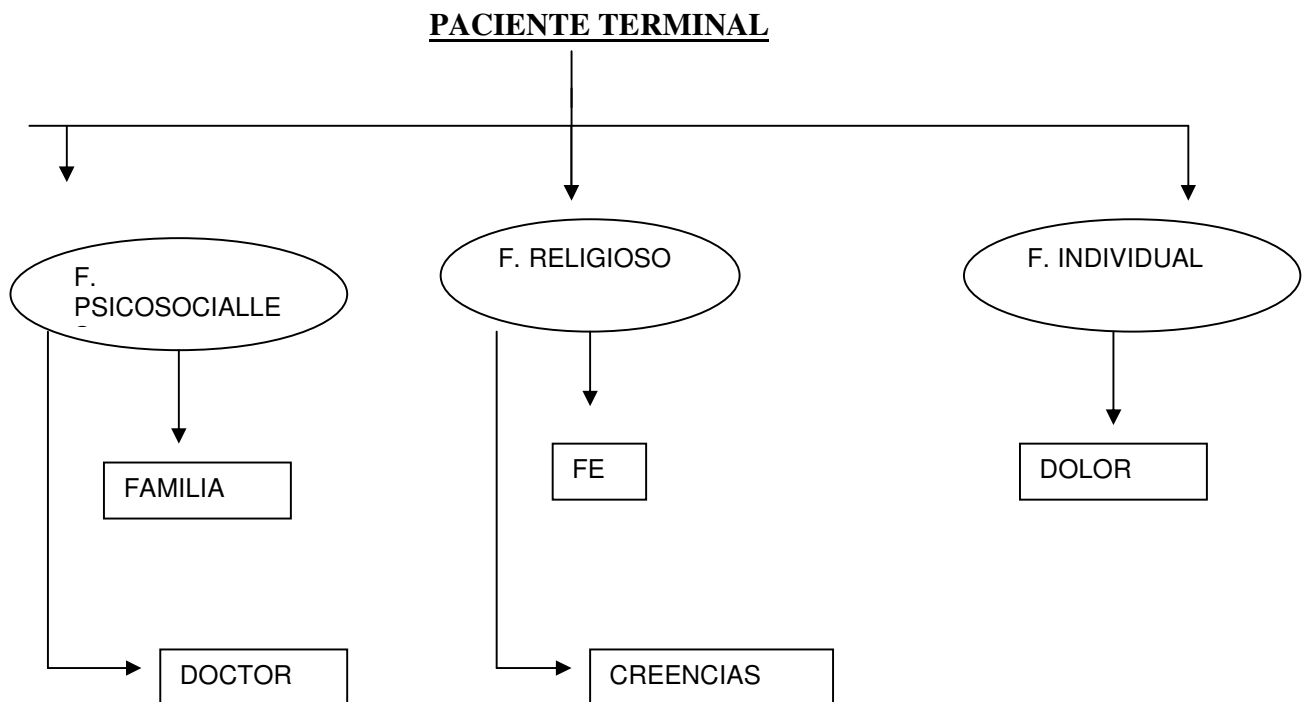
- medico
- enfermeras

La guía de temas que se llevo a cabo fue la siguiente:

- I. – Concepto de muerte y vida
- II. - Atribución de el sufrimiento y el dolor
- III. –Cuidados Paliativos
- IV. –Practica
- V. –Concepto y postura de la Eutanasia

COMPARATIVA DE GRUPOS

MEDICOS	ENFERMERAS
<ul style="list-style-type: none">• Existe una relación médico- paciente o como lo menciona uno de ellos medico-cliente• Prioridad sanar al paciente.• No goza de tiempo para estar con el paciente, procura su mejoría aunque no le dedique tiempo	<ul style="list-style-type: none">• Existe una relación de afecto, así como una calidad de afecto• Prioridad ser compañía incondicional• Tiene mayor tiempo para estar al pendiente del paciente, en eso consta su trabajo



CUADROS COMPARATIVOS

Profesión	Experiencia med. Perso.		Postura	Factor	Persona	Argum.
	si	No				
1.médico	si	No	negación	ética	acepta	Sufrim.
2.médico	si	Si	negación	alternativa	acepta	Sufrim.
3.médico	si	no	acepta	sufrimiento	acepta	Sufrim
4.médico	si	no	negación	No derecho	acepta	Sufrim.
5.médico	si	no	negación	Cuestion D.	acepta	Sufrim.

Profesión	Experiencia Med. Pers.		postura	factor	persona	Argumento
	Si	Si				
1.enfermera	Si	Si	Acepta	sufrimiento	Acepta	Experiencia
2.enfermera	Si	Si	Acepta	Sufrimiento	Acepta	Experiencia
3.enfermera	Si	No	Acepta	Sufrimiento	Acepta	Sufrimiento
4.enfermera	Si	Si	Acepta	Sufrimiento	Acepta	Sufrimiento
5.enfermera	Si	No	acepta	Sufrimiento	acepta	Sufrimiento

CAPITULO XI

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Las entrevistas a profundidad que se realizaron se estudiaron a través de varias categorías entre ellas si eran enfermeras o médicos, la otra si estaban a favor o en contra de la eutanasia.

Se realizaron dos grandes cuadros ya que la opinión de los médicos era muy diferente a la de las enfermeras.

A través de los cuadro se pueden interpretar varias cosas primero que la experiencia personal de tener un enfermo terminal en casa cambia la perspectiva que se tiene acerca de un tema, en este caso acerca de la eutanasia

A simple vista se podría dar categorías de tiempo, sentimiento, experiencia y también podemos hablar de género, podríamos enumerar un sin fin de categorías que están inmersas en este tema podemos hablar del tiempo no significa porque los médicos no tengan tiempo no les interesa su paciente sino que el se debe a miles de ellos en un hospital y no solo es uno y en ocasiones se juzga a un médico como insensible. Otra de las categorías es el sentimiento si el médico se inmiscuyera con cada uno de los pacientes con un sentimiento de compasión, de tristeza de cariño el médico acabaría con los sentimientos hechos trizas porque cargaría con cada uno de los sentimientos que le hacen sentir los enfermos y sus familiares. El otro es la experiencia,. Comprendo que la experiencia de un enfermo terminal es algo muy difícil pero sin duda el vivir cada día con uno de ellos los hacen más fuertes `para no rendirse tan facilmente y atar al enfermo a la vida para así hacerlo participe de la a alegría o la tristeza de los familiares, con cada uno de sus pacientes se lleva su experiencia para seguir intentando con cada cosa nueva en su cura, con esta experiencia también lleva consigo otros sentimientos como son los de culpa, los de impotencia, enojo, porque ellos se sienten responsables porque consideran que en ellos depositan la confianza para curarlo.

Es sumamente difícil y complicado hacer una separación de la persona con la profesión que uno ejerce pero considero que es importante ya que varían nuestras perspectivas y nuestros puntos de vista de acuerdo en donde estemos ubicados por ese motivo en el cuadro de presentación de resultados aparece dos puntos de vista tanto como persona física como profesional, en esta separación nos dan una diferencia como integrante de una sociedad como el ser integrante de un grupo de colegas.

Podemos comenzar con los médicos ya que como personas aceptan la eutanasia, pero como médicos defienden la vida a pesar del sufrimiento ya que tienen el peso sobre sus hombros de un Juramento Hipocrático que hacen cuando comienzan a ejercer la profesión buscando lo posible y lo imposible que este en sus manos para poder salvar vidas.

Por otro lado tenemos a las enfermeras no porque su papel en un hospital sea menos valorado que el medico sino que el conocer a una enfermera en su área laboral constituye una fortaleza para comprender apoyar y confortar a un paciente ya que ellas se dedican solo a una área y ellas son las que permanecen más tiempo con un paciente y sobre todo cuando se trata de uno terminal.

Podemos concluir en esta comparación de profesiones que los dos son importantes en una recuperación o descanso de un enfermo terminal, ya que uno depende del otro uno lo trata médicamente y el otro lo trata espiritualmente y es un vinculo que debe ir junto tanto para un enfermo que va saliendo de una sala de operaciones como para uno que va a morir en una cama de un hospital, por dura que esta sea ellos están ahí para ayudar a nuestro descanso.

Otros puntos importantes que están inmersos en este gran tema es la ayuda moral de la familia y espiritual de nuestras creencias o religión, todo esto se une de alguna manera en la permanencia de un enfermo en un hospital.

El tener una paz espiritual ayuda al enfermo a encontrar una paz física ya que considera que ya no hay nada que hacer en esta vida terrenal y es mejor abrir el alma a el descanso eterno, la parte medica y la familia constituye una parte fundamental para asimilar este golpe tan grande.

El equipo terapéutico de un hospital como lo mencionan todas las entrevistas ha ido decayendo “ya que la gente ya no tiene confianza, el equipo sanitario nos hemos deshumanizando ya no hay doctores, de los que pasan en la tele, nos come el tiempo y debería ser al revés nosotros tendríamos que comer al tiempo”.

La teoría que se trabajo nos da armas para dar la conclusión que la experiencia del personal médico determina la actitud que tienen acerca de la eutanasia.

Cada individuo vive la experiencia de manera diferente aunque sea la misma situación, ya que por ejemplo la experiencia de decir esta persona esta sufriendo pero tengo que encontrar algo para que no sufra y sus últimos días sean bienaventurados para su mejoría, como el decir esta sufriendo mucho es preferible que muera a verlo seguir sufriendo.

Lo que para el medico la experiencia de conocer casos nuevos de alguna enfermedad terminal lo ayuda para conocer más acerca de esa enfermedad y así cuando se le presente otro enfermo pueda hacer algo más que no pudo hacer con el pasado.

Para la enfermera la experiencia de conocer casos nuevos de alguna enfermedad terminal es algo critico y lastimoso porque es difícil ver como se van terminando poco a poco ya que son ellas las que los ven todos lo días en sus camas

La libertad es la consecuencia de nuestras propias acciones, cada individuo puede y tiene la libertad de elegir sus postura ante determinado tema y el es responsable de tal actitud.

Dentro de la temática de la legalización de la eutanasia, la Representación Social que tienen los doctores y enfermeras del área de los enfermos terminales en un hospital observo que si hay diferencia porque mientras las enfermeras la toman como una posibilidad ante el sufrimiento de un enfermo terminal, los médicos lo toman como algo prohibido como algo de lo que no se puede hablar porque se debe de prolongar la vida hasta que estén vivos los últimos signos vitales.

Para las preguntas que se realizaron a través de la guía son analizadas y conformadas a partir de una lista de categorías que realizo con anterioridad atacando los puntos importantes que engloban el tema.

Se realizo una integración de los comentarios de cada entrevistado en dos grupos para hacer un análisis de cada categoría, esta división de grupos se realizo para saber si existe alguna variabilidad de opiniones y de posturas ya que a pesar de que las dos profesiones constituyen la integración de una misma área, la experiencia, el endogrupo, las imágenes cambian a partir de sus vivencias y de su realidad que viven.

Al principio de la guía hay cuatro preguntas de exploración, pero al realizar el análisis considero que las preguntas cuantos lleva ejerciendo la profesión y en que Hospital laboran no tienen mucha trascendencia ya que como pueden tener un año, como pueden tener 25 ejerciendo la profesión no cambia mucho la opinión la experiencia va a partir de las vivencias que viven con el paciente.

La pregunta 4 “a tratado con enfermos terminales” sirvió para saber con que doctores se podría seguir realizando la entrevista ya que la investigación tiene esa postura de los enfermos terminales.

En **las preguntas 7,8,9**, se refieren a las etapas por la que pasa el paciente terminal (ver anexo1)

En la **pregunta 10** se realizo para saber cual era su punto de vista acerca de la familia en la relación que tiene con el enfermo en un hospital.

En la **pregunta 11** se quiere investigar si existe una diferencia en como se vive una enfermedad en la casa y en el hospital.

En la **pregunta 12** se les pregunta a los encuestados de que manera ayudan e intervienen con el paciente terminal.

En la **pregunta 13** es de una índole más moral ya que se quiere saber que hacen con toda esa responsabilidad que tienen con el enfermo terminal.

En las **preguntas 14, 15 y 16** reúnen uno de los ámbitos que son importantes dentro de la eutanasia que es el papel de la religión, por medio de esta pregunta se quiso saber la opinión de los encuestados ante este tema.

En las **preguntas 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 y 26** son preguntas que se realizaron para que los entrevistados nos hablaran un poco más del acompañante inseparable de un enfermo terminal que es el dolor, por medio de estas preguntas se quiere saber que hace el equipo medico con esta información del paciente como lo asimilan , de que manera ayuda y como lo ve desde el punto de vista de la familia.

En la **pregunta 27** se realizo para saber cual es la actitud y la acción del equipo médico cuando ya va a morir su paciente

En las **preguntas 28, 29 y 30** manejan otro aspecto importante dentro del tema que es la muerte, se quiere saber como lo manejan ellos y de que manera los afecta.

En las **preguntas 31,32,33,34,35,36,y37** en estas preguntas se trato de saber cual es la opinión acerca de la eutanasia, si les gustaría que se legalizara que argumentos daría en su contra o a su favor y cual es la conclusión que ellos podrían dar acerca de su profesión y del tema.

Ahora veremos algunos fragmentos que ellos marcaron como sobresaliente sobre el tema.

DOCTOR N°1 ROGELIO:

El sufrimiento es obviamente muy difícil la gente que tiene ese don de servicio, ese don de querer a la gente yo creo que todos los que somos médicos queremos a nuestros pacientes bien, nunca hemos compartido el sufrimiento, te lo llevas a tu casa a lo mejor en el momento tan difícil que esta pasando, pero hay que saberlo canalizar porque si nosotros también cargamos con ese sufrimiento también estaríamos mal de alguna manera.

Su **conclusión** que el da es : la muerte es un concepto muy mío y que considero que es una etapa, un cambio de vida donde se supone que nos esta esperando Dios , pero bueno yo creo que los médicos estamos para prolongar la vida no para precipitar la muerte.

DOCTOR N°2 ARACELI

Considero que en todos los temas que nos rodean nos debemos de incluir para ver de que manera se puede atacar y este no es la excepción porque la enfermedad el dolor y la muerte se presentan día a día en nosotros y mientras los tomemos por delante será más benéfico y de más aprendizaje que si no lo tomamos como una realidad.

Su **conclusión** es: Cuando el paciente pide que se le realice la eutanasia (no con el nombre tal cual) no habla el paciente habla la tristeza del sufrimiento sin que lo tomen como tal.

DOCTOR N°3 JOSE

Considero que mis colegas y yo necesitamos humanizarnos más ya que los pacientes ya no creen en nosotros y es por eso que existen tantas muertes en la casa porque el paciente prefiere morir en su casa con la gente que quiere y que en sus ultimos momentos van a tener alguien quien los cuide sin embargo si se van a un hospital estarian solos ya que nosotros no vamos a ver que les hace falta y “lo que necesitamos es crear un ambiente de confianza”.

Su conclusión que da es: “el deseo de morir del individuo más que todos ese es un ser humano y el decide si desea vivir o desea morir en este tipo de circunstancias”.

DOCTOR N°4 IVAN

“Aparentemente uno esta aquí como mediador de las enfermedades que se presentan en esta tierra, uno como mediador es el que decide la terapia y hasta el momento no se ha visto en esta institución el hecho de que el médico decida hasta que momento el paciente pueda llegar ”

“Yo creo que uno de los aspectos que más nos conmueve es el de ver sufrir a una persona y ya en un caso muy extremo, muy extremo si la aceptación sería que estuviera descansando , al fin de cuentas lo que la gente desea es que la persona fallezca para que descanse en PAZ”

Su **conclusión** es “Nadie tiene el derecho de decidir cuando debe de morir alguien”

DOCTOR N° 5 HECTOR

No se debería de dejar la medicina en manos de cualquiera, tendría que hacerse nose, tal vez un perfil psicológico que se yo, una evaluación más profunda para ver quien en realidad puede ejercerla porque es una responsabilidad muy grande y no puede caer en manos equivocadas

Yo no quiero quitarle la vida a nadie, lo que si he deseado es quitar el sufrimiento, ósea, no quitarle la vida, lo que si he deseado quizás es poder disminuir el sufrimiento al 100% de alguien que sabes que va a morir

Su **conclusión** es: Una cuestión divina es la que va a quitar al paciente terminal del sufrimiento y el dolor.

ENFERMERA N°1 BIANCA

“dicen que los médicos y enfermería nos deshumanizamos conforme van pasando los años, también te decía que hay doctores que no han pasado por la experiencia de perder a alguien, un familiar y más que nada a alguien cercano un papa, una mama, que son los que más duele un hermano y no te pueden dar la noticia tan meditada, tan asimilada te lo dicen y ellos saben que deben de tener una diplomacia, una ética para decirlo pero hasta ahí

hay una barrera que ellos todavía no pueden liberar y que es el conocimiento el verlo sentido no”

Considero que lo más favorable es que los enfermos no se vean tan deteriorados que se recuerden a si mismos o que se lleven una imagen de su cuerpo de su persona más tranquilo”

Su **conclusión** es : “Considero que el sufrimiento y el dolor de los pacientes es una razón suficiente para que los pacientes se les pueda practicar la **EUTANASIA**.

ENFERMERA N°2

“Las chicas que están estudiando sobre lo mismo que sepan dar ese calor humano a los pacientes...para que ellos sientan que al final hubo alguien aunque sea fuera de su familia que les dio cariño eso...porque luego a las enfermeras se nos olvida que son seres humanos los que están enfermos y los tratamos como objetos y hasta se portan déspotas, te lo digo porque hay muchas compañeras que desgraciadamente así son, no tratan al paciente como su enfermo si no tratan al paciente como una rutina de un trabajo, como si trabajaran con cajas de cartón, como si trabajaran con otra cosa que no fuera con seres humanos, que más te puedo decir que nuestra profesión esta llena de dolor cuando se te muere el paciente ... y que te llenas de alegría cuando ves nacer a un bebe y cuando sabes que diste el 100% de ti mismo ...lo valoren o no estés consciente de que diste lo mejor de ti, eso es todo.

Su **conclusión** es: La eutanasia significaría liberar más rápido de su dolor a los pacientes terminales.

ENFERMERA N°3 KARINA

...pues si los médicos, la familia y hasta el mismo paciente ya saben que va a morir porque no dejarlo descansar de una vez porque la muerte es eso descansar, y si ya van a descansar porque no hacerlo de una vez, ya para ellos es una bendición, mucha gente la ve desde un punto de vista muy dolorosos del lado familiar, pero es una bendición, es mejor ya verlos descansando a que sigan sufriendo.

Su **conclusión** es: La muerte es solo una y hay gente que ya la quiere porque ya no aguantan su sufrimiento moral y físico porque no dásela.

ENFERMERA N°4 ROSALBA

Hay personas que en el momento que se encuentran en una cama de un hospital se dan cuenta que tienen religión, digamos los ateos niegan toda la vida y a última hora dicen Dios mío porque me abandonas, OH Dios quítame este dolor, OH Dios mío ya no quiero seguir sufriendo ya llévame y hasta ese momento se dan cuenta de que tienen religión, un paciente le dije yo no se rezar, yo no se pedir como ustedes, pero le parece bien si un Padre Nuestro nos ayuda, no se en que momento lo habré tomado de su dolor espiritual que en el momento en que terminamos hice una pequeña oración y le dije Dios ayúdale, llévalo de tu mano, ayúdale a comprender este camino que tiene que seguir y que lo tiene que seguir en cuanto que el solo va a apartir contigo... en ese momento soltó un suspiro y me dijo gracias me siento mucho mejor, ya se que hacer, yo me quede asombrada , yo dije como que ya sabe que hacer, si solo rezamos, yo no lo comprendí pero el se quedo bastante tranquilo posteriormente me pidió que les hablara a sus familiares me cambiaron de pabellón y ya no supe de el cuando regrese ya había fallecido, pero bueno creo que lo apoye en el momento en el que el lo necesitaba.

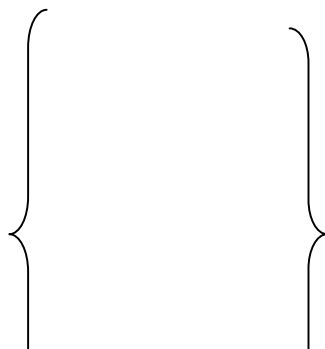
Su **conclusión** es: ustedes que tienen las facilidades para hacerlo, si todos ustedes nos ayudan bueno a lo mejor hablan por mi y no por los demás verdad pero yo creo que si se puede hacer que México se autorice la eutanasia para los enfermos terminales que tanta falta les hace.

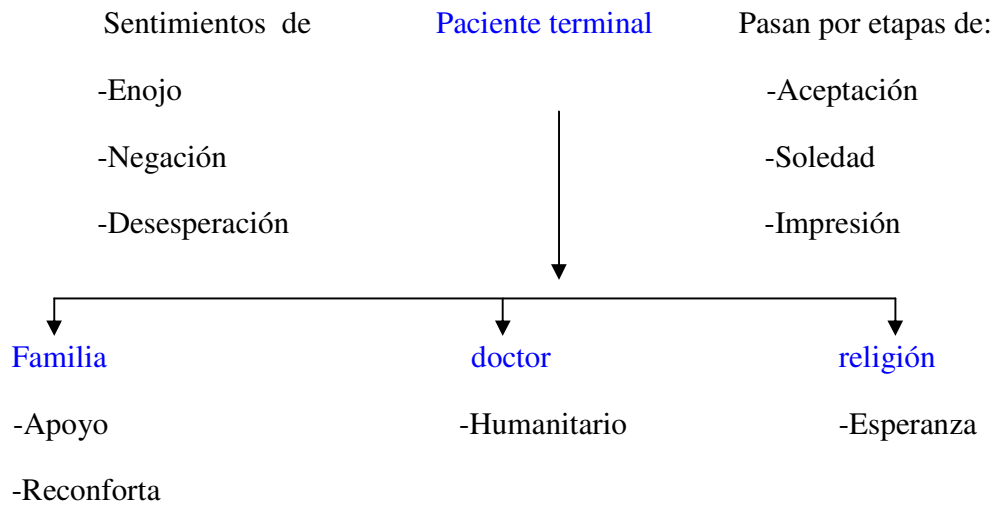
ENFERMERA 5 RENATA

“todos los pacientes deben encontrar un nuevo sentido de vida, nosotros podemos morir en cualquier momento entonces nuestra actitud debe de cambiar porque este minuto puede ser el ultimo y tenemos que cambiar nuestro punto de vista de la vida misma y al paciente que esta tan cercano de la muerte ayudarlo a llevar todo ese recorrido con más tranquilidad, serenidad y darle la seguridad de que no esta solo y palear el dolor”

Su conclusión es: el enfermo terminal nunca debe de estar solo en los últimos momentos de su vida debe de tener alguien para que no se sienta tan solo en el final de sus días.

Cuando se analizaron las entrevistas se construyó el esquema que se presenta a continuación para resaltar y dividir que categorías están inmersas en las entrevistas con sus respectivos indicadores.





CAPITULO XII

CONCLUSIONES

Esta tesina no trato de medir ni de poner en evidencia el trabajo de los médicos o de las enfermeras, porque aunque los dos realizan labores medicas cada profesión realiza cosas diferentes e importantes las dos y por tanto complementarias, y lo que se pudo concluir que depende de él tiempo que se pase con el paciente pueden dar su punto de vista si el sufrimiento del paciente influye para tener una opinión acerca de la eutanasia.

El sufrimiento representa un punto principal para la mayoría de los encuestados para poder pensar en una posible practica de la eutanasia en enfermos terminales, se aclara en enfermos terminales porque sufrimiento lo puede tener todo tipo de enfermo, pero en un enfermo terminal el dolor va avanzando.

No sabemos o no se tiene una escala para saber quien tiene más dolor si un dolor de una herida de bala o un dolor de cáncer pero todos sabemos que una herida de bala se sana o si es muy profunda muere pero en el caso del cáncer la muerte es lenta con sufrimiento, con agonía y con la carga emocional de que es un estorbo y que ya no quiere ver sufrir ni su cuerpo ni a sus familiares, ¿puede haber un dolor más grande que el sufrimiento espiritual y moral de un cuerpo que va muriendo? Posiblemente no lo sabemos hasta que estemos en un caso similar.

El tema de la eutanasia ha estado en nuestra sociedad como mito o como una realidad día a día con cada uno de los enfermos que se encuentran en un hospital, o en una cama de una casa, y este practica no médica ha sido practicado en varias culturas y en una cultura como la nuestra todavía no ha sido aprobada porque se involucran varios aspectos como lo son nuestras leyes, nuestra religión, etc.

Como se pudo observar a través de la investigación la Representación Social de los médicos y las enfermeras acerca de la eutanasia tuvieron sus diferencias, y se esperaban así ya que como lo hemos mencionado el tiempo, la experiencia y la cercanía son los factores predominantes para tener una actitud y una opinión acerca del tema.

Era de esperarse que con la poca difusión del tema los entrevistados tienen un poco de miedo al hablar de este tema ya que su juramento es de salvar vida y sienten que con tan solo pensarlo ya están faltando a su juramento.

Se llego a pensar que debido a lo delicado del tema no iban a contestar la entrevista y si hubo doctores que no quisieron otorgar la entrevistas argumentando que tenían pacientes, tenían prisa o simplemente me citaban y nunca llegaban, el tema en si es un tabú para los médicos porque no quieren ni mencionarla, pero el día que se enfrente ese día se podrá hablar de ella con todas sus letras **EUTANASIA.**

Si siempre se busca vivir una vida digna porque no nos es permitido tener una muerte digna , como esta y otras muchas interrogantes no preguntaremos.

LIMITES

*Uno de los límites mas grandes que se tuvo fue la poca participación y se puede mencionar la antipatía de los doctores para poder contestar algunas preguntas que no me llevaba más de 20 minutos.

*La negativa a entrar a los Hospitales para buscar gente que pudiera permitir la entrevista.

SUGERENCIAS

*Explorar el campo desde unos 6 meses antes de comenzar a elegir la población, ya que es muy poco el tiempo y son pocos los doctores que se prestan para una entrevista, si es necesario tener una selección de doctores que se permitan la entrevista.

BIBLIOGRAFÍA

- ❖ Arnoldo Krauss, Asunción Álvarez
La eutanasia
Editorial: Tercer Milenio.
- ❖ Gafo Javier
Eutanasia y ayuda al suicidio “mis recuerdos de Ramón Sanpedro”
Editorial: Desclée de Broker, S.A. (1999)
- ❖ Hans Küng, Walter Jens
Morir con dignidad. Un alegato a favor de la responsabilidad
Editorial: Trotta (1997)
- ❖ Moscovici Serge
El fenómeno de las Representaciones Sociales
Cabridge university-press, Editions de la Maison, 1984
- ❖ Moscovici Serge
Psicología Social II Pensamiento y Vida Social
- ❖ Mittag Oskar
Asistencia páctica para los enfermos terminales
Editorial: Herder S.A. Barcelona (1996)
- ❖ Peck M. Scott
La negación del alma. El problema de la eutanasia
Editorial: Emecé
- ❖ Perez Varela Victor M

Eutanasia ¿piedad? ¿delito?

Editorial Jus México

- www.vidahumana.org/vidafam/iglesia/aspectos.html
- www.mendel.uab.es/biocomputacio/treballs98-99/Pavon/paginasweb/Eutanasia.html
- www.vidahumana.org/vida_fam/eutanasia/derecho.html
- www.lamira.com/sociedad-y-cultura/muerte/eutanasia/index.shtml
- www.eutanasia.ws
- www.churchforum.org/info/moral/esutanasi.html
- www.Geocities.com/paris/rue//8759/mosco4.html
- www.ucm.es/info/eurotheo/d-alvaro1.html
- www.encolombia.com/foc21.html
- Revista MUY INTERESANTE AÑO XVIII No 11
-

ANEXO 1

La entrevista se llevo a cabo en guía de las siguientes preguntas modificándose un poco sin perder la esencia del mismo, modificándose dependiendo de cada persona. Buenos (días, tardes, noches) soy una estudiante de la Universidad Autónoma Metropolitana de la licenciatura de psicología social y estoy realizando mi tesina acerca de la opinión que tienen los médicos y enfermeras en relación a la eutanasia, me gustaría conocer su punto de vista.

- ¿Cuál es su nombre?
- ¿Cuántos años lleva ejerciendo la profesión de medico?
- ¿Me podría decir como se llama el hospital?
- ¿A tratado con enfermos terminales?
- ¿Desde su punto de vista a que se le considera un paciente terminal?
- ¿Cuáles son los cuidados que debe tener un paciente terminal?
- ¿Cuáles son las etapas de un paciente terminal?
- ¿Qué considera que sea mas benéfico para vivir las ultimas etapas de una enfermedad terminal?
- ¿Cómo se siente usted de ver las ultimas etapas de un paciente terminal?
- ¿Qué papel tiene la familia en el hospitalización del paciente?
- ¿Usted cree que sea mas conveniente donde pase su enfermedad el paciente en el hospital en su casa?
- ¿Cómo se involucra usted con el paciente?
- ¿Qué siente usted en saber que tiene en las manos una vida humana?
- ¿Desde su punto de vista que significa la religión?
- ¿Considera que los enfermos terminales se apegan mas a su religión a partir de su enfermedad?
- ¿Cree que la fe ayude a aminorar los estragos del dolor?
- ¿Qué considera que es un dolor?
- ¿Se puede controlar?

- ¿De que manera?
- ¿En cuanto a terapia, se a hablado de cuidados paliativos que son?
- ¿Nos podría mencionar algunas técnicas para controlar el dolor?
- ¿Todo tipo de enfermo experimenta dolor?
- ¿Qué cree que sea mejor para el paciente no sienta tanto dolor?
- ¿Usted considera que sea necesario el dolor?
- ¿Existen grados de dolor?
- ¿Cómo maneja usted el dolor y sufrimiento de sus pacientes?
- ¿Qué pasa con el paciente que va a fallecerse lo comunica o espera a ver el ultimo recurso?
- ¿Qué es para usted la muerte?
- ¿Cuántos tipos de muerte puede hablar usted en la medicina?
- ¿Qué representa para usted la muerte?
- ¿Usted considera que para estas personas que tienen meses, años con una enfermedad terminal en condiciones no muy dignas merecieran dejar de vivir probablemente hablar de una posible eutanasia?
- ¿Usted que piensa de las personas que ayudad a morir a un paciente?
- ¿Profesionalmente que opinaría acerca de la legalización de la eutanasia?
- ¿Hablando como integrante de esta sociedad que pensaría acerca de legalización de la eutanasia?
- ¿Si se le pidiera que en un juzgado apoyara o juzgara a la eutanasia que argumentos daría?
- ¿Me podría platicar de alguna experiencia que haya tenido en la cual le hubiera gustado que la eutanasia fuera legal?
- ¿Por ultimo algún comentario que quisiera hacer con respecto a su profesión y al tema que tratamos?

ANEXO 2

DOCTOR 1

EDITH: Buenas noches, cual es su nombre

ROGELIO: Mi nombre es Rogelio Martínez Cano

EDITH: Cuantos años lleva ejerciendo la profesión de médico

ROGELIO: Exactamente tengo 27 años

EDITH: Me podría decir como se llama el hospital donde usted labora

ROGELIO: El IMSS medico familiar del área noroeste

EDITH: A tratado con enfermos terminales

ROGELIO: Si

EDITH: Desde su punto de vista a que se le considera un paciente terminal

ROGELIO: Un paciente terminal es aquel paciente que dada su enfermedad o padecimiento presenta realmente una enfermedad irreversible podría ser una infección renal, cáncer y este son las más comunes enfermedades de este tipo, cuando ya tienen cáncer ya son enfermos terminales ya plenamente diagnosticados.

EDITH: Cuales son los cuidados que debe tener un paciente terminal

ROGELIO: Son muchas desde en punto de vista médico, obviamente darle una mejor calidad de vida en base a tratamientos que van desde quimioterapia, alguna radioterapia, darle una buena nutrición un buen control de sus palpitaciones, darle un buen apoyo moral, esos serían el cuidado de enfermería que por ejemplo si un paciente esta en cama que no tengan las complicaciones que pudieran surgir como escaras, neumonía en fin , darle a ese paciente que esta fase terminal el cuidado correspondiente para que no tenga complicaciones mayores.

EDITH: Cuales son las etapas de un paciente terminal.

ROGELIO: Es muy difícil eh decir en que etapa o una clasificación, es muy difícil eh decir el esta en una fase terminal y a muy avanzada porque todo esto se viene dando que un paciente que apenas se acaba de diagnosticar y que no tiene complicaciones o que no ha avanzado la enfermedad a uno que definitivamente ya esta, completamente en fase terminal vamos a decirle con todo va por etapas no, al hacer una clasificación es decir una de primer grado, de un segundo grado etc., no sino todo va de acuerdo a la evolución que te vaya dando el mismo paciente y de acuerdo al paciente porque si desde un principio el paciente tiene mejor calidad de vida con un tratamiento nos puede durar todavía algún tiempo.

EDITH: Que considera que sea más benéfico para vivir las últimas etapas de una enfermedad terminal.

ROGELIO: Yo creo que lo más benéfico desde el punto de vista médico es hacérselo saber, el paciente terminal regularmente ellos ya lo saben cual es su problema, cual es su padecimiento, entonces uno como médico debe decirle la verdad, para que para que uno se vaya consentiéndose y en menos tiempo vaya colaborando con el tratamiento que en un momento dado se le vaya brindar, yo creó que la mejor manera de ayudar a un paciente, ahora desde el punto de vista familiar también hacerle patente a los familiares que su enfermito , su familia pues obviamente va a requerir de un apoyo todavía extra, ósea es difícil porque porque saben que el paciente esta enfermito, y que la familia tiene que hacer mucha conciencia para apoyarla en todo sentido si, apoyarla de forma ética, religiosa desde del punto de vista médico.

EDITH: Como se siente usted el ver las últimas etapas de un paciente terminal.

ROGELIO: Yo creo es una de las etapas más difíciles de un médico porque probablemente se pudo haber evitado ese tipo de padecimiento, si en un momento dado se puede prevenir cuando uno de este tipo de pacientes terminales sobre todo en gente joven, pues obviamente uno se desespera no, o sea uno quisiera echarle todas las ganas como para sacar adelante todo ese tipo de personas pero realmente eso es una de las cosas muy muy dolorosas desde el punto médico que no puedo explicarte.

EDITH: Que papel tiene la familia en la hospitalización del paciente.

ROGELIO: Pues el papel es bien importante no, yo creo que una familia desde el punto de vista social, es el apoyo, la unión del núcleo familiar, entonces yo creo que varia dependiendo de quien se trate no, si es un hijo, si es el hermano si es el papa, si es la mama, aquí va habiendo roles aquí la familia es en cierta forma solo de apoyo si en algunos momentos el apoyo se ve cuando la familia esta unida, porque hay pacientes que desafortunadamente cuando por ejemplo el SIDA que son pacientes también terminales, se me olvido perdón hace ratito, entonces por la falta de conducta informativa la gente piensa que porque tiene cáncer hay que abandonarlo, porque tiene SIDA, bueno no en todos los casos, pero hay que tener cierta preparación, para que la familia este pendiente, y esto se observa sobre todo en los núcleos familiares que están desunidos, cuando la familia esta bien unida, toda la familia esta pendiente del pacientito, colabora, escucha, pregunta, esos son los casos que uno como médico siente que el apoyo que uno que va a tener es muy bueno y es de alguna manera ayuda a que el paciente se sienta bien.

EDITH: Usted cree que sea más conveniente donde pase su enfermedad el pacientito en el hospital o en su casa.

ROGELIO: Yo creo que en un hospital siempre es muy difícil ver el sufrimiento no, para un enfermo terminal lo más adecuado sería estar en su casa, rodeado de su familia porque de alguna otra manera en el hospital se manejan muchas cosas mucho movimiento más inquietud, visitas del médico en fin todo eso que de alguna manera el paciente ya termino con su sufrimiento pues obviamente sería más difícil estar de hecho se acostumbra actualmente que ya los pacientes terminales se tienen que llevar a su casa.

EDITH: Como se involucra usted con el paciente

ROGELIO: Yo creo que uno se debe involucrar profesionalmente no, desde el punto de vista médico, desde el punto de vista religioso porque porque hay pacientes que durante el tiempo que un tratado se identifican mucho con nosotros y obviamente si se pagan con nosotros es porque necesitan de un apoyo, de un tratamiento, cuando este paciente esta con nosotros nuestra dedicación, nuestro objetivo es de que el paciente se sienta bien y nosotros lo hacemos posiblemente visitándolos a su casa, alo mejor que vaya a consulta estar pendiente de ese paciente, para resolverles alguna algo de complicaciones que se pudieran presentar, ahora desde el punto de vista es que uno tiene que cumplir con todas las normas

éticas que proporciona nuestra formación si por ejemplo decirle que se anime que salga adelante que nosotros tenemos un cierto papel, que ese papel llega hasta el apoyo médico y por otro lado el aspecto religiosos que bueno vamos en algún momento no identificamos en alguna corriente religiosa, a lo mejor también poderles decir que tengan fe es ese sentido nosotros nos involucramos de esa manera..

EDITH: Que siente usted el saber que tiene en las manos una vida humana

ROGELIO: Yo creo que es mucha responsabilidad, de hecho nosotros no descansamos cuando sabemos que hay un paciente grave no estamos tranquilos yo creo que el médico siempre esta en espera porque porque el quisiera que el paciente vamos sea el padecimiento que tuviere pues este salir adelante en todo los casos, nosotros a través de muchos casos con los pacientes diabéticos, ver que no se curan porque no llevan un tratamiento las complicaciones se presentan, nosotros hacemos lo posible porque e3ntiendan de sus complicaciones y luego nos captan, entonces para nosotros siempre es inquietante el ver que no evolucionan y no por nosotros sino porque a veces a lo mejor no siguen lo que nosotros les decimos, el hecho de ver un paciente que se esta deteriorando posiblemente nos esta avisando que se va a complicar, no estamos tranquilos, nunca estamos tranquilos.

EDITH: Desde el punto de vista que significa la religión.

ROGELIO: Yo creo que la religión desde su punto de vista mh, médico va de la mano, yo no puedo inferir que un médico, si no tiene un apoyo divino pues no puede hacer su función porque bendito sea Dios yo soy católico no, y pues obviamente yo siento que nosotros como gente somos para hacer el bien para curar, para perdurar la vida debemos de tener un apoyo divino, yo siento que muchos médicos ateos no, no tienen religión en fin, pero yo desde mi punto de vista es una base y un aparte fundamental para el desarrollo de mi carrera, porque porque siento que ese apoyo es necesario, porque yo necesito la iluminación de un ser divino que me ayude a resolver los problemas.

EDITH: Considera que los enfermos terminales se apegan más a su religión a partir de su enfermedad.

ROGELIO: En algunos casos si, en otros no porque la gente luego reniega ¡Hay porque Dios conmigo! Hay algunos hasta se alejan un poquito de la religión, cambian de lugar de

religión luego se van a otra iglesia, o de religión que se yo pero no en todos los casos, vaya es variable algunos se acercan más otros se alejan.

EDITH: Cree que la fe ayude a aminorar los estragos del dolor

ROGELIO: Eh, cuando la fe esta bien cimentada, cuando la fe se entiende desde el punto de vista divino, de lo que significa yo creo que si, pero para esto se necesita de cierta preparación, o sea porque hay creo que el médico ya no interviene, si no interviene afectos de tipo familiar, porque alguna gente les lleva algún sacerdote para que platiquen con el en ese sentido ya la fe la toma cada quien con un sentido, pero yo creo desde mi punto de vista médico, el paciente tiene la fe, ha hecho milagros con enfermos terminales que se supone estaban un grado fatal, hacen unos cambios extraordinarios son cosas desde el punto de vista científico que la tiene que valorar cada quien, pero yo siento que eso es bien importante.

EDITH: Que considera que es un dolor

ROGELIO: Pues el dolor es un síntoma, desde el punto de vista médico es un síntoma que se considera que es un síntoma subjetivo, ósea yo no lo veo, el paciente me lo refiere y por lo tanto es algo que el paciente me refiere los síntomas son subjetivos.

EDITH: Se puede controlar

ROGELIO: El dolor si

EDITH: De que manera

ROGELIO: Con medicamentos, el dolor, el dolor regularmente se puede controlar con medicamentos puede ser hasta con una terapia.

EDITH: En cuanto a terapia, se ha hablado de cuidados paliativos que son.

ROGELIO: Los cuidados paliativos son unos que están a un ladito, que van de la mano de los cuidados médicos, un cuidado paliativo sería por ejemplo curar una herida, poner un vendaje, este tener un aseo, tener una buena alimentación, porque porque esos cuidados de alguna manera le van ayudar por ejemplo a poner una febula, son cuidados paliativos si o sea cuidados que de alguna manera van ayudar a controlar un poquito el dolor si tiene una fractura si ese hueso se esta moviendo va a provocar dolor, pero si yo le pongo una febula si son cuidados paliativos o si yo pongo un vendaje va a ser cuidado paliativo.

EDITH: Nos podría mencionar alguna técnica para controlar el dolor.

ROGELIO: Si desde el punto de vista médico obviamente son los analgésicos que nos ayuda a controlar el dolor, y los inflamatorios que también te ayuda a controlar el dolor y los inflamatorios que también te ayudan a controlar hay otro tipo de tratamientos para controlar el dolor físico por ejemplo la mesoterapia esta también la anestesia que se utiliza por ejemplo en las filtraciones con algún analgésico local y ya controla el dolor, o los grandes medicamentos que se utilizan en las etapas terminales estamos hablando de medicamentos sumamente controlados como te diré, controlados legalmente para que para controlar el dolor.

EDITH: Todo tipo de enfermos experimenta dolor.

ROGELIO: Eh, pues no todos, porque hay enfermedades mentales y los enfermos mentales normalmente no presentan dolores pero pero anda mal, o sea el dolor es un aviso , es un síntoma como te dije, es algo que esta mal y que nos esta avisando que algo del cuerpo esta funcionando mal, pero hay enfermedades que no manifiestan dolor pero están enfermos si por ejemplo los psiquiátricos que andan diciendo cosas incoherentes y no tienen dolor pero están enfermos o por ejemplo los fármaco dependientes esos no manifiestan dolor, tienen alucinaciones, bueno pero no manifiestan dolor, el dolor como síntoma te lo da un padecimiento en especifico, el dolor de cabeza te puede dar un tumor cerebral, un dolor de abdomen te puede dar un problema de colitis, un dolor de brazo te puede dar un desgarrar o un problema de tendones, ciertos padecimientos si te dan dolor, no desde el punto de vista físico, pero desde el punto de vista mental, a lo mejor no, y desde el punto social menos.

EDITH: En el caso de los que están en estado vegetativo tienen dolor.

ROGELIO: Es muy difícil que tengan dolor, o si lo tienen no lo pueden manifestar porque porque sus mismas funciones motoras les impide manifestarse en un estado vegetativo es aquel en el que el paciente esta como un ser viviente que no tiene movimiento, no puede manifestar su dolor o parte de su enfermedad no.

EDITH: Que cree que sea mejor para que el paciente no sienta tanto dolor

ROGELIO: Hijotes es que es tan difícil porque los pacientes terminales presentan mucho dolor de hecho hay hospitales hay clínicas del dolor, así se le llama clínica del dolor en el cual esta formado por gente, médicos, anestesiólogos, internistas para que vayan teniendo

una, un control del dolor pero sin tanta agresividad ósea de lo que da una información para saber en que momento se le puede dar un tratamiento para el control del dolor.

EDITH: Usted considera que sea necesario el dolor.

ROGELIO: Bueno yo creo que si desde el punto de vista médico. Si yo por ejemplo, estoy viendo que un paciente se esta quejando pues obviamente me esta dando una señal de alarma, una señal de alarma como aviso para un médico debe de estar alerta y lo manifiesta el paciente humano, el dolor por ejemplo en seres de otro nivel por ejemplo un animalito pues a lo mejor lo traduciría en un llanto, en un quejido afortunadamente el humano dicen: me duele aquí, me duele allá, obviamente uno ya puede inferir el dato de aviso de alarma.

EDITH: Existen grados de dolor.

ROGELIO: Si, es decir existe el leve, moderado, y el agudo, el leve es el que se supone soportar, el moderado puede ser un cólico, el agudo normalmente es el que se aparece en cuadro ya más diagnosticado, por ejemplo un dolor de cabeza.

EDITH: Como maneja usted el dolor y el sufrimiento de sus pacientes.

ROGELIO: Pues yo creo que es un poquito difícil la pregunta porque hay ocasiones en que el medicamento no llegan a controlar totalmente el dolor, y realmente son padecimientos muy fuertes o sea el clásico dolor del cáncer es tremendo, claro obviamente uno busca como controlar el dolor con medicamento que pudiera tener una disminución del dolor pero no tanto franco, ahora el sufrimiento pues obviamente es muy difícil la gente que tiene ese don de servicio, ese don de querer a la gente yo creo que todos los que somos médicos queremos a nuestros bien, nunca hemos compartido el sufrimiento, te lleva uno a su casa, a lo mejor en el momento tan difícil que esta pasando, pero hay que saberlo canalizar porque si nosotros también cargamos con ese sufrimiento también estaríamos mal de alguna manera el apoyo que se le da al paciente la, manera de cómo desvirtual o desviar ese sufrimiento a lo mejor seria una forma de trato no el tratar de apoyar y de no absorberlo, imaginate cuantos pacientes normalmente vemos, entonces vemos los cuidamos y tratamos de hacer todo por el, para que no sufra, claro que le damos terapia de todo tipo, aunque muchas veces no debe de ser pero bueno, el paciente nos comprende y nos pide una ayuda.

EDITH: Que pasa con el paciente que va a fallecer se lo comunica o espera ver el último recurso.

ROGELIO: Yo creo que desde un principio se le debe de decir al paciente de su problema, creo que nosotros los médicos bueno habló por mi no lo puedo sentenciar, no le puedo decir que le quedan cinco días, ya se va a usted a morir yo creo que el buen médico es el dice al paciente sabes pues usted tiene un problema serio, tiene que luchar tiene que salir adelante, tiene que hacer todo lo posible para vencer su padecimiento, este, pues usted mismo controlote, pero hacerlo ver que gran parte del problema ya tiene anclado así decirlo como usted se va a morir no, eso no se hace, sino acercarlo más a concientizarlo.

EDITH: Que es para usted la muerte

ROGELIO: Desde el punto de vista médico es el enemigo terrible, y más lo médicos porque porque es yo creo que la muerte es algo desconocido y al mismo tiempo el médico esta pensando siempre porque no sabemos si el paciente en un momento dado puede evolucionar para bien o para mal en la muerte es un enemigo es algo que nosotros no podemos en el punto de vista médico, desde el punto de vista religioso pues ya es otro concepto muy mío y que es una etapa un cambio de vida donde se supone nos esta esperando Dios, pero bueno yo creo que los médicos estamos para prolongar la vida no para precipitar la muerte.

EDITH: Cuantos tipos de muerte se puede hablar en la medicina.

ROGELIO: Pues yo creo que hay este, dos tipos la muerte ya la muerte sin vida y el estado como se le podría llamar el estado vegetativo en el cual el paciente lógicamente ya no tiene sus funciones y el cual esta viviendo por respiración artificial porque a lo mejor otros factores manejarían este tipo de muerte, pero desde el punto de vista practico bueno desde mi punto de vista son los dos tipos de muerte que uno ve con el paciente.

EDITH: Que representa para usted la muerte

ROGELIO: Desde mi punto de vista médico pues no representa trágico para nosotros un paciente con vida y de repente pasa a otro estado y es una etapa desesperante, para nosotros un paciente con vida y de repente ya no lo esta, entonces si hay repercusiones en uno porque bueno, uno se dice que fue lo que sucedió porque tenís que pasar esto, pero bueno son etapas de la vida de repente lo biológico es parte también del ser vivo, una de las funciones principales el ser de todos los seres es nacer. Crecer, reproducirse y morir se cumple un ciclo de vida.

EDITH: Usted considera que para estas personas que tienen meses, años con una enfermedad terminal, en condiciones no muy dignas merecerían dejar de vivir posiblemente para hablar de una posible eutanasia.

ROGELIO: No yo creo que no, desde el punto de vista médico aquí en México estamos todavía un poco apretados en esos aspectos en países Europeos parece que algunas culturas ya se está dando aquí en México todavía no hay bases suficientes para llegar a esta situación, yo creo que en la medida que se aplique algún método para la eutanasia, a lo mejor deberíamos de ser , pero nosotros nunca nos deberíamos dar por vencidos, sabemos que es difícil si nos enseñan a prolongar la vida, no a quitarla, estaríamos en una contradicción no.

EDITH: Usted que piensa de las personas que ayudan a morir a un paciente

ROGELIO: Si es un médico obviamente, no llenaría los requisitos actualmente hay tanta maldad, tanta forma de compartimientos, no adecuados que no necesitamos ir al enfermo terminal actualmente nuestra cultura este eh, nuestras leyes permiten que se lleven a cabo ciertas practicas no adecuadas por ejemplo el aborto podría ser una eutanasia no, ósea un asesinato, felaciones ósea donde hay mucha agresión al medio humano, y los mismos humanos que el aplicar la eutanasia implicaría algunos conceptos éticos mal empleados con gente que hace ese tipo de practicas si pero yo digo aquí en México pues la eutanasia se realiza y debería haber lugares donde la apoyen.

EDITH: Profesionalmente que opinaría acerca de la legalización de la eutanasia.

ROGELIO: Eh, yo creo que se echaría andar nuevos programas educativos porque tu sabes que actualmente la educación sexual como esta en boga no, pero aún así siendo educación sexual hay gente que se embaraza a temprana edad, hay abortos, entonces aquí hablar de eutanasia y hacerlo tendríamos que ver que es lo que estamos haciendo los médicos porque sería fácil y le dijeran que le practican la eutanasia yo creo que como somos un país católico, eso nos hace todavía detenernos un poco yo creo que sería un poco difícil practicarlo actualmente.

EDITH: Hablando como integrante de esta sociedad que pensaría acerca de la legalización.

ROGELIO: Pues desde el punto de vista social yo creo que no cambia el concepto que te acabo de decir, pues uno va tiene su formación, se que el paciente terminal sufre pero pero no estaría a favor.

EDITH: Usted me comentaba que la religión es una de las causas por la que no se ha podido legalizar, cree usted que exista otra causa para que no se haya legalizado ya.

ROGELIO: Porque yo creo que actualmente tiene que ver mucho con las leyes, sino se ha legalizado el aborto, menos se va a legalizar la eutanasia.

EDITH: Si usted estuviera en la última fase de una enfermedad terminal le gustaría llegar el último día de la enfermedad.

ROGELIO: Yo creo que hay que estar preparados, yo creo que todos debemos estar preparados, porque nos puede pasar a nosotros o le puede pasar a un familiar, sería muy difícil esta pregunta porque vamos no lo hemos sentido en carne propia por lo tanto es muy difícil pero hay que estar preparados para todo, para tener un enfermo terminal, yo pienso que no solo hay que prepararnos para el dolor sino para todo.

EDITH: Si se le pidiera que en un juzgado apoyara o juzgara a la eutanasia que argumentos daría.

ROGELIO: No, simplemente no la defendería porque, porque simplemente se contradice con mi profesión a lo mejor si fuera otro tipo de religión, que soy para proteger la vida no para quitarla tenemos que estar capacitados para llevar al paciente hasta las últimas etapas.

EDITH: Me podría platicar de alguna experiencia que haya tenido en la cual le hubiera gustado que la eutanasia fuera legal.

ROGELIO: Yo creo que en los familiares, cuando el sufrimiento se esta presentando pero no tanto que fuera legal sino lo que uno pide en ese momento es que Dios lo quite de ese sufrimiento, que viniera una cuestión divina, no tanto un humano que va y le da una inyección con medicamento, no, eso no.

EDITH: Por ultimo algún comentario que quisiera hacer con respecto a su profesión y al tema que tratamos.

ROGELIO: Claro que me encanta mi profesión de médico, bueno que me gustaría tener todos los atributos metodológicos, técnicas de avance, para seguir siendo el bien, no en vano sigue la técnica médica, que es para bien de la humanidad, desafortunadamente hay

ocasiones en que interfieren otros factores para una buena vida no se de acabo no, mucha gente sufre en nuestro país por falta de recurso, de trabajo, de educación pero eh, en la medida que a lo mejor tengamos buenos gobernantes a lo mejor la tecnología médica va a prolongar el buen nivel de vida que todos los mexicanos y con respecto a lo de la eutanasia es un tema muy difícil no muy difícil porque hasta ahorita estamos muy enterados, se menciona en algunos cursos pero yo creo, que el punto de vista institucionalizado de nuestras leyes va a estar un poco difícil habría que haber congresos, juntas, reuniones con sociedades médicas para ver como se pueda legalizar, pero yo lo veo difícil.