

Un fin de vida con dignidad: La eutanasia y otras alternativas

Edgar Correa Arellano (*)
María Fernanda García Arteaga (*)
Edgar Hernández Cervantes (*)
Leslie Zenteno Ortiz (*)

Cómo citar este texto: Correa, E., García, M. F., Hernández, E. y Zenteno L. (2015) Un fin de vida con dignidad: La eutanasia y otras alternativas *PsicoEducativa: reflexiones y propuestas*, 1(1), 55-58.

RESUMEN

La eutanasia se ha visto impregnada de carga religiosa, ideológica, política y desde luego psicológica. En las últimas décadas el tema eutanasia y la preocupación por pacientes en etapa terminal ha ido en aumento, sin embargo la discusión no se centra en el cuidado de los pacientes en esta condición, sino en las discrepancias morales que representa una decisión de este impacto. El presente trabajo toma como referencia un evento que aconteció en relación a dicho tema. Se trata de una mujer de 65 años de edad diagnosticada con cáncer de mama. Se identificaron dos problemáticas susceptibles a la intervención psicológica, una, la falta de apoyo y asesoría psicológica y la falta de información respecto a las opciones con las que se cuenta en estas situaciones. En relación a ello, los autores proponen una serie de medidas para dar solvencia a dichos planteamientos haciendo énfasis en introducir el concepto de la eutanasia como el “bien morir” y evitando definirlo como un término general que puede abarcar otros dado que la mayoría de las personas que llegan a enfrentarse a una enfermedad terminal desconocen los métodos que promueven una muerte con dignidad.

Palabras clave

Eutanasia, buen morir, cuidados paliativos, toma de decisiones, educación para la salud.

1. INTRODUCCIÓN

Presentación de la problemática

“Etimológicamente, el término eutanasia (griego eu: bien, thanatos: muerte) significa buena muerte, que es una aspiración digna de todos los seres humanos”. (Gómez, 2005).

A lo largo de la última década del siglo XX y principios del siglo XXI se ha dado importancia a un tema que ha tenido diferentes matices a lo largo de la historia humana: La eutanasia. Como se abordará más adelante, la eutanasia se ha visto impregnada de carga religiosa, ideológica, política y desde luego psicológica. Es por ello que los autores de este trabajo, han decidido abordar este tema con una perspectiva psicológica, en particular, tomando como referencia un evento que ya aconteció, lo cual da la posibilidad de un análisis más preciso, pues la situación de una problemática actual puede ser muy difícil y dolorosa para la persona que la está padeciendo en ese momento.

Por otra parte, esta base nos permite reconocer problemas que existieron para las personas implicadas y que podrían repetirse en casos en los cuales la situación sea similar. Esto nos genera la posibilidad de encontrar una posible solución para el futuro en el pasado.

Tomando en cuenta los datos que se presentarán más adelante, pudimos encontrar que la falta de una divulgación de una cultura

de asistir con un especialista (central para este trabajo, el psicólogo y el tanatólogo), para poder atender las dificultades que se están viviendo, tanto en la parte de quien está enfermo, como de aquel que atiende al enfermo.

El hecho de tratar una situación tan compleja como es la enfermedad terminal solo, ya es un hecho complicado y hacerlo sin un asesoramiento de carácter emocional o cognitivo lo dificulta aún más. Es por ello que hemos decidido abordar una perspectiva de personas que no tuvieron ese asesoramiento y de aquellos que sí lo tuvieron.

Este trabajo fue realizado bajo un marco de acción de investigación y proposición, no se realizó alguna actividad que corrobore los datos aquí mencionados. Lo único que se presenta en el texto que no es referencia de otros autores (además de la interpretación de los realizadores de este escrito), es el caso que no había sido reportado anteriormente.

Presentación del problema específico

El caso se presenta con mujer a quien a los 65 años se le diagnosticó cáncer de mama. Ella al encontrarse muy enferma fue a realizarse varios tratamientos de radioterapia y quimioterapia en la Ciudad de México, sin embargo no dieron resultado más que un gran cansancio y el deterioro de su ya precaria salud. Cabe mencionar que anteriormente ella ya

*Estudiante de la carrera de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM
PsicoEducativa: reflexiones y propuestas. Vol. 1, Núm. 1, 55-58, 2015 | IZTACALA-UNAM

padecía de diabetes, lo cual empeoraba aún más su condición y aminó sus posibilidades de recuperación. Al darse cuenta de que ya no se podía hacer más por su salud, ella pidió volver a su casa en Iguala para poder morir en paz. La participante vivió más de lo contemplado; se le habían pronosticado tres meses de vida, aunque en realidad fueron seis, durante los cuales estuvo en su casa, como ella lo había deseado.

Consideramos que en el caso de la participante se identificaron dos problemáticas susceptibles a la intervención psicológica, una, la falta de apoyo y asesoría psicológicos recibidos por la participante y su familia, debido en gran parte, a que ellos no lo buscaron. Asimismo, la educación que se da al público general respecto a las opciones que se tiene para estos momentos difíciles, como la tanatología o la simple terapia psicológica, al igual que las opciones relacionadas a la misma eutanasia, que sepan que hay más de una, conozcan su funcionamiento y diferencias, para que en un momento dado, todos tengan el conocimiento de los apoyos que pueden solicitar en un momento dado.

2. MARCO CONCEPTUAL

Causas del problema

Como anteriormente se mencionó en las últimas décadas el tema eutanasia y la preocupación por pacientes en etapa terminal ha ido en aumento y más que autores la atención se ha centrado en la cantidad de estudios que se hacen diversos países como son en Estados Unidos y en Europa destacando de este continente España y Yugoslavia.

El término es eutanasia pero lo que hay detrás es un debate entre morir o no y esto afecta grandes ejes de la vida de una persona y el primero es la religión debido que esta es una parte primordial de la educación básica impartida en la familia y esta misma nos acompaña en todo momento pero lo que la gran mayoría de las religiones opinan sobre la eutanasia es que las personas no pueden decidir sobre su propia vida ya que esos menesteres le corresponden a Dios. Debido a que la religión católica es la predominante en nuestro país nos resulta conveniente recurrir a la cosmovisión planteada en la Edad Media por Tomas de Aquino y su tesis básica sobre la muerte la cual es la siguiente:

El condena el suicidio ya que menciona que el poder de quitar la vida le pertenece a Dios y en algunas circunstancias a los delegados de Dios en el gobierno civil, no a los individuos. En segundo lugar, menciona que el suicidio es un acto de injusticia hacia la comunidad ya que el individuo no está aislado por lo que tiene un impacto en la misma. En última instancia también lo considera como un acto en contra de la fortaleza misma ya que todas las personas tienen la responsabilidad de desarrollar la virtud para hacer lo correcto incluso bajo circunstancias adversas.

Así es cómo podemos ver de dónde surge la idea de que es un suicidio ya que la anterior cosmovisión es una de las más impartidas en los monasterios

Por ello autores como Porta en el (2002) hizo distinción entre suicidio y muerte asistida en conclusión redefinieron a la eutanasia como toda acción u omisión que implique la aceleración de la muerte de una persona, con el consentimiento de ésta y con la intención de no prolongar el sufrimiento. Por otro lado se marca el suicidio como una acción en la que la

persona decide terminar con su vida por motivos ajenos a la salud.

Así mismo mencionan que "Una persona capaz puede, por tanto, determinar el momento de finalizar la propia vida cuando considera que ya no es digna de ser vivida. Por otro lado se sitúan quienes contemplan la vida como un don recibido, que se debe administrar autónomamente, pero sin que esta capacidad de autodeterminación se traduzca en su disponibilidad absoluta."

Con base en esto, los autores también determinan que la eutanasia implica siempre a una tercera persona y por lo tanto no es considerada como suicidio. Las primeras personas relacionadas al individuo es la familia ya que muchas veces los familiares como es obvio desean alargar la vida de sus familiares por lo cual muchas veces tratan de que la idea del "bien morir" quede atrás. Sin embargo en un estudio realizado por Cubedo (2006) en el cual su tópico principal era evaluar un programa de cuidados paliativos indirectamente encontró que los familiares de los pacientes que fallecieron se encontraron en un estado de depresión así mismo reporta que el 52% de las familias recibió asistencia psicológica, y el 34%, atención social. Un dato revelador es que sólo en un 6% del total de casos visitados por la psicóloga, la atención se centró exclusivamente en el propio enfermo. La mayoría de las veces, la intervención psicológica afectó sólo a la familia (44%) o a ambos (50%).

Ya una vez mencionado el termino cuidado paliativo es preciso diferenciar este, ya que en algunos contextos este es entendido como bien morir sin embargo los autores en su mayoría definen los cuidados paliativos como aquellas acciones que van encaminadas a minimizar el sufrimiento de los pacientes en etapa terminal, aunque el hacer esto conlleve necesariamente a la aceleración de la muerte de dicha persona. Según los autores la diferencia más clara está en la intención, en donde la eutanasia va encaminada a terminar con la vida del paciente, los cuidados paliativos no, y en cambio tiene la intención de mejorar su situación física. En los países que aun no se acepta la eutanasia se han implementado programas de cuidados paliativos como es España en la que Cubedo (2006) fue participe.

De manera breve se han revisado los factores más asociados a la toma decisiones respecto a la eutanasia pero un estudio representativo es el de Kulak (2012) el cual tuvo la finalidad de encontrar cuál es la opinión de las personas más allegadas a los enfermos en etapa terminal, y este involucró la encuesta de 565 personas dentro de las cuales se encontraban familiares de pacientes, enfermeras de hospital, enfermeras que trabajaban en otro lugar y estudiantes de enfermería. Encontrando que respecto a la familia el 45.2% estaban en contra de la eutanasia activa, y más de la mitad de los encuestados se encontraron en contra de la eutanasia activa y su legalización.

Sin embargo una opinión que para muchos no es importante, resulta necesario considerarla por que los médicos son los encargados de los cuidados finales y en muchas ocasiones podrían no estar de acuerdo con la decisión tomada del paciente y un estudio representativo de esto es el realizado por Meier en 1998 en el que a fin de determinar la posición de los médicos que atendieron a pacientes en el final de su vida, encontrando que El 11% dijo que podría recetar algún medicamento con la primera intención de terminar con la vida de su paciente, bajo acuerdos legales; el 36% dijo que podría prescribir algún medicamento que acelerara la muerte de la persona, siempre y cuando este fuera legal; el 7% dijo que bajo circunstancias

legales vigentes, podrían aplicar una inyección letal; el 24% dijo que lo haría sólo si fuera legal. Además los médicos reportado que las razones por las que el proceso había sido solicitado para terminar con el sufrimiento del paciente, la pérdida de la dignidad, síntomas de miedo o inconformidad, dolor actual, pérdida del sentido de sus vidas, ser una carga y dependencia y las razones por las que los médicos accedieron fueron: Dolor muy intenso, la imposibilidad de tratar los síntomas y una expectativa de vida de menos de seis meses.

Como hemos visto y revisado las opiniones al respecto son muy diversas tanto a favor como en contra pero lo más importante y que a veces se olvida es la opinión de los involucrados directamente es decir los pacientes y es así como uno de los estudios que sobresalen es el de Ezekiel y Fairclough (2000) en el que se entrevistaron a 988 enfermos terminales hablando con cada uno de ellos para conocer si estaban a favor o en contra de la eutanasia obteniendo como resultados que el 60.2% apoyaba a la eutanasia pero digamos sólo en una situación hipotética y sólo el 10.6% menciono que lo tenía como opción en un futuro cercano.

Un factor importante encontrado en estudios es que cuando las personas están pasado por cierto tipo de cuidados consideran que están perdiendo la dignidad ya que conforme avanza la enfermedad el paciente se vuelve incapaz de encargarse de su higiene y se vuelve totalmente dependiente hacia algún familiar lo cual se ha encontrado que está asociado a momentos vergonzosos y un ejemplo de esto es un estudio realizado por Chochinov, Hack, Hassard, Kristjanson, McClement, Harlos (n.d) evaluaron en su lecho de muerte a 213 pacientes enfermos de cáncer continuaban sintiendo dignidad encontrando que a pesar de que casi la mitad de los pacientes les preocupa la dignidad la mayoría de los pacientes afirmaron un fuerte sentido de la dignidad personal. En este sentido este hallazgo sugiere que el sentido de la dignidad de una persona es una construcción especialmente resistente y, en la mayoría de los casos, es capaz de soportar los diversos retos físicos y psicológicos que enfrentan los pacientes con enfermedades terminales.

Para finalizar es necesario reconocer cual es el papel del psicólogo respecto a la eutanasia y una manera de ver este tema es de manera holística como la que propone Pilar y colaboradores (2010) la cual consiste observar el fenómeno tanto de la vida como de la muerte, para de esta manera participar de una mejor manera en lo que sea mejor para la persona. Una decisión que no estaría completamente sesgada sólo por la medicina, sino apoyada en los conocimientos de la psicología. Además de proponer que el papel del psicólogo debe de ser el de averiguar las razones por las cuales tomó dicha decisión, así como si está capacitado o no para decidir y el planteamiento de otras alternativas siendo el psicólogo un facilitador en la toma de decisiones y en el afrontamiento de la etapa. Por último las autoras abogan porque la vida es un derecho, al que se puede acceder o no, dependiendo de cada persona por lo tanto, la eutanasia es una alternativa para aquellos que no quieren tener acceso a este derecho.

3. PLANTEAMIENTO

Solución del caso

Se plantea la posibilidad de realizar campañas semestrales que duren tal vez una semana, en donde, a partir de los datos que

tenemos hasta el momento y de investigación más profunda, se intentará la labor de difundir información completa y accesible para la comprensión de todo público considerando lo siguiente:

1. Explicar a la gente la importancia de acudir a especialistas y terapeutas en los momentos en los que se puedan enfrentar a la muerte, ya sea propia o de una persona cercana.
2. Informar sobre lugares a dónde se puede acudir para obtener atención y asesoría psicológica tanto general como especializada al tratamiento de personas moribundas y de sus seres queridos, así como de atención tanatológica.
3. Introducir el concepto de la eutanasia como “bien morir” y dejarlo como un término más general que puede abarcar otros, poniendo especial énfasis en los cuidados paliativos. Asimismo, explicar conceptos como la distanasia, a manera de las personas pueda identificar si se está presentando el caso, y puedan estar prevenidas, y también, que sepan cómo combatirlo.
4. Explicar los conceptos de calidad de vida y de libertad sobre la decisión de cómo vivir el proceso de muerte. Que sea claro el hecho de que todos tenemos derecho a vivir con dignidad hasta el último momento, y explicar lo que implica el concepto de dignidad en este caso, como la integridad física, la cordura, y la ausencia de dolor, entre otras, todas ellas, dentro de las posibilidades.
5. Realizar un intento de sensibilización, con el fin de que las personas comprendan que ni los juicios totalmente a favor ni totalmente en contra tienen cabida en este tema. Tratar de que las personas se abran a la posibilidad de conocer casos específicos y las razones por las cuales algunas personas optaron por una u otra posibilidad, y tratar de tener empatía hacia el sufrimiento ajeno.

Para todo lo anterior se buscaría el apoyo de especialistas psicólogos y tanatólogos experimentados, de médicos que puedan ofrecer la perspectiva desde su disciplina y labor, así como de investigadores que conozcan respecto al tema para ofrecer pláticas y conferencias, así como para la realización de material impreso como panfletos y trípticos con información básica y sencilla de entender.

Asimismo, se buscaría el testimonio personal de personas que hayan experimentado la muerte de otros de manera cercana, como familiares, médicos o enfermeros, o quizá los mismos terapeutas, para que puedan compartir su experiencia con la gente y responder dudas de manera personalizada.

Finalmente podría buscarse una selección de películas en donde se refleje la lucha de personas moribundas o que vivan, por cuestiones de diversas índoles, en condiciones precarias o inhumanas, casos en los que quizá acelerar la muerte podría ser algo deseado a momentos.

Se buscaría apoyo gubernamental para realizar estas campañas, que no serían muy grandes ni muy largas, además se buscarían espacios como DIFs, escuelas a partir de educación secundaria u hospitales y clínicas.

Aportaciones

Durante la realización de este breve trabajo teórico nos encontramos como equipó tanto similitudes como diferencias, cabe mencionar que estas diferencias se originaron al interpretar el caso basé de la investigación como primera línea encontramos y concordamos que en el caso no se encontró una problemática de manera directa, ya que la persona tomó la decisión de no continuar tratamientos y ésta fue respetada tanto por sus médicos

como por su familia. En sus últimos meses de vida estuvo en casa, siendo cuidada por su familia, y además, sin sufrir dolores físicos fuertes gracias a una, habría que encontrar la manera de exaltar la sensibilidad, empatía y la piedad de la gente que está totalmente en contra, para suavizar un poco la visión negativa que tienen de esta práctica.

La discusión tuvo basé los siguientes preceptos

*Falta de un acercamiento a profesionales para asimilar la noticia de una muerte inminente, únicamente en sentido psicológico.

*Falta de un acercamiento a profesionales para asimilar la noticia de una muerte inminente, tanto en el sentido físico como en el psicológico.

*La falta de sensibilidad por parte de las personas que no han tenido contacto directo con un enfermo en etapa terminal.

*Para los enfermos en etapa terminal, los factores de traslado, infraestructura y otros sociales, propician la preferencia de morir en sus hogares.

4. CONCLUSIÓN

A finales del siglo XX y a lo largo del siglo XXI se ha encontrado que la decisión del buen morir ha sido una constante que ha aparecido en la mayoría de la población que padece una enfermedad terminal. Aun cuando esta se ve marcada por muchas opiniones y puntos de vista. Sin embargo las personas (específicamente hablando de la población mexicana), no tienen conocimiento de las diferentes maneras del “buen morir”.

La mayoría de las personas que llegan a enfrentarse a una enfermedad terminal desconocen los métodos para el buen morir, por lo menos hasta antes de llevar a cabo todo el proceso de análisis médicos, tratamientos, etc.

Los autores de este escrito han tratado de modificar la perspectiva que tienen las personas al respecto de esta problemática, sin embargo la falta de tiempo y recursos han obligado a plantearlo como una posible estrategia de solución al respecto.

Al respecto, se cree que la diferencia cultural, escolar y económica, generarán resultados distintos a muchos de los encontrados por los autores revisados en este trabajo.

También concordamos que la decisión debe ser tomada preferentemente por la persona que está padeciendo la enfermedad y en caso de no tener las facultades para poder hacerlo, deben de tomarlas los familiares, o personas más allegadas al paciente, siempre apoyándose en la asesoría de un experto, que pueda explicarles las maneras que se pueden elegir, desde la eutanasia, la ortotanasia y los cuidados paliativos.

5. REFERENCIAS

- Dworkin, G., Frey, R. & Bok, S. (1998). *La eutanasia y el auxilio médico al suicidio*. Inglaterra: Cambridge University Press.
- Ezekiel, J. & Fairclough, I. (2000). *Attitudes and Desires Related to hels*. Oxford: University PRESS

- Gómez, M. (2005). *Morir con Dignidad*. Madrid: Arán ediciones.
- Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. McClement, S. & Harlos M. (2002). Dignity in the terminally ill: a cross-section, cohort study. *The lancet*. (21/28). pp. 1-5
- Cubedo, R. (2006). La dependencia de los enfermos terminales: cuidados profesionales y familiares. *Revista Panorama Social, de la Fundación de las Cajas de Ahorros*. 2, pp. 1-23. Recuperado de: <http://estaticos.elmundo.es/elmundosalud/documentos/2006/03/fu 02 Vol 9, No. 1 pp 37-40>
- Junges, J., Cremonese, C., Almeida de Oliveira, E., Lemos de Souza, L. & Backes, V. (2010). Legal and ethical reflections on end of life: a discussion on orthothanasia. *Revista Bioética*, 18(2), 275-288 Recuperado de: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/564/572
- Meier, D., Emmons, C., Wallenstein, S. Quill, T., Morrison, R. S. & Cassel, C. K. (2009). A National Survey of Physician-Assisted Suicide and Euthanasia in the United STATES *The New England Journal of Medicine*. 338 (17), pp. 1193-1201.
- Mickiewicz I., Krajewska-Kulak E., Kulak W. & Lewko J. Attitudes towards euthanasia among health workers, students and family members of patients in hospice in north-eastern Poland. *Prog Health Sci* 2012, 2(1), pp. 81-88.
- Porta, J., Pilar, G., Cabal, A. y Zuluaga, C. (2010). The role of the psychologist in eutanasia public politics. *Cuadernos hispanoamericanos de psicología*, 10 (2), pp. 61-74.
- Rockman, P. (2012). Euthanasia, a study of its origin, forms and aspects. Disponible en: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:540698/FULLTEXT02>