



EUTANASIA: ¿UNA SOLUCIÓN EQUIVOCADA A UN PROBLEMA NO RECONOCIDO?

EUTHANASIA: A WRONG SOLUTION TO AN UNRECOGNIZED PROBLEM?

MARÍA DOLORES CALABRIA GALLEGO

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Salamanca.

P.º de San Vicente, 182, 37007 Salamanca.

645601039

mdcalabria@saludcastillayleon.es

RESUMEN:

Palabras clave:

Eutanasia; ética del cuidado; cuidados invisibles; LORE.

Recibido: 14/01/2023

Aceptado: 29/06/2023

La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, ha intensificado un duro debate. A priori se trata de un conflicto de valores bioéticos y de una visión antropológica diferente entre las diferentes partes, sin embargo, no debemos olvidar que quizá antes de plantearse ningún debate se deba interpretar correctamente lo que el paciente realmente quiere cuando manifiesta que quiere morir. En nuestro sistema sanitario y en nuestra sociedad, hay ciertos rasgos y necesidades de la persona que son ignorados, y que requieren urgentemente, para el paciente, de atención. Descubrir el sentido de la propia vida, considerar la trascendencia humana, encontrar un orden personal y poder experimentar el amor, son elementos vitales de la vida, que en un momento tan crítico como es un sufrimiento de alto grado o una muerte inminente, requieren de toda la atención del personal sanitario. Todo ello puede contrastar fuertemente con los valores de nuestra sociedad, no dedicándosele la atención adecuada, entre otros motivos, por el esfuerzo que supone llevar a cabo una atención integral de este tipo, así, resulta mucho más sencillo realizar los trámites requeridos por la ley de regulación de la eutanasia que abordar carencias tan íntimas del ser, a pesar de que éstas puedan ser el verdadero problema del paciente, que en su dramática vivencia pide auxilio.

ABSTRACT:

Keywords:

Euthanasia, ethics of care, invisible care, Spanish euthanasia law

Organic Law 3/2021, of March 24, regulating euthanasia, has intensified a harsh debate. A priori, it is a conflict of bioethical values and a different anthropological vision between the different parties, however, we must not forget that perhaps before considering any debate, it is necessary to correctly interpret what the patient really wants when he states that he wants to die. In our health system and in our society, there are certain traits and needs of the person that are ignored, and that urgently require attention for the patient. Discovering the meaning of one's life, considering human transcendence, finding personal order and being able to experience love are vital elements of life, which at such a critical moment as high-grade suffering or imminent death, require all the attention of the health personnel. All this can contrast sharply

with the values of our society, not dedicating adequate attention to it, among other reasons, due to the effort involved in carrying out comprehensive care of this type, thus making it much easier to carry out the procedures required by law regulation of euthanasia than addressing such intimate deficiencies of the being, despite the fact that these may be the real problem of the patient, who in his dramatic experience asks for help.

1. Introducción

Mucho es lo que se ha discutido hasta el momento en relación a la cuestión de la eutanasia. Los argumentos a favor y en contra están ya muy bien identificados, si bien siempre está justificado su mayor desarrollo para darlos a entender mejor a quienes no los compartan, o incluso a quien no los comprenda.

Hay aquí, ante todo, un conflicto de valores, de principios bioéticos muy importantes y una percepción de la vida humana, antropológica, diferente en cada caso. ¿Ante todo? Ante todo, sí, se da así en el plano dialéctico, pero en el plano más humano y vivencial hay algo más, algo que no se contempla en nuestros planes y programas sanitarios y sociales. En el fondo, la deliberación teórica puede correr el riesgo de hacer castillos en el aire no contando con el paciente. Esta forma de entender las cosas no es ajena a la ciencia médica. Estudiamos así el cuerpo humano, la anatomía, la fisiología, ..., sin el paciente, a partir de un "cuerpo muerto", desprovisto de vida¹. También en el terreno bioético se puede correr ese riesgo de pretender hacerlo todo por el paciente, pero sin el paciente. Pudiera ser, por tanto, que no se trate tanto de un conflicto de valores, como de una incorrecta interpretación de la realidad del paciente que sufre.

Cuando escuchamos a los paliativistas, no es extraño que nos cuenten cómo prácticamente de los labios de la totalidad de sus pacientes, en el primer contacto, casi siempre surge esa expresión tan humana de "quiero morir", pero en realidad no quieren morir, es que no quieren vivir así, y cuando se va aliviando el sufrimiento, el drama asfixiante, esto mismo se ratifica. ¿Hay entonces un conflicto bioético o hay un grito de auxilio?

Así mismo, en el caso de los pacientes con depresión mayor, el deseo de morir es un síntoma claro e ineludible, tanto, que con cierta frecuencia ese deseo se convierte en el acto del intento de suicidio², acto del que no es responsable tanto el paciente, como la enfermedad en sí, y que cuando el paciente recupera la salud, éste no lo confirma, sino que se "arrepiente" del mismo, siente alivio de no haberse consumado dicho intento. De nuevo podemos preguntarnos si en este caso existe un complicado conflicto de valores o más bien un síntoma de una enfermedad.

No debemos olvidar que los seres humanos tenemos una fuerte tendencia biológica a la supervivencia. Cuando una persona pide morir, antes de considerar si su autonomía debe o no respetarse por encima de cualquier otro principio fundamental de la bioética, debemos preguntarnos si no hay algo más. Y esto quizá no sea la excepción, sino todo lo contrario, la norma.

En los ejemplos citados previamente es muy claro, pero, ¿qué pasa en todos los demás casos? La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, cuenta con que en algunos casos la petición de eutanasia pueda no ser firme, y para ello existen los procesos deliberativos prescritos por la misma, los plazos, y la necesidad de realizar dos solicitudes. En este sentido, la intención de la ley podría resumirse en la pregunta: "¿hay algo que pueda hacerte cambiar de decisión?". Sin embargo, una conversación, por muy larga que sea, y dos semanas como tiempo de reflexión para garantizar la seguridad de este deseo, puede ser más que insuficiente para ahondar en problemas, muchas veces muy íntimos, y cuya verbalización, e incluso cuyo ascenso a la

1 Leder, D. "A tale of two bodies: The Cartesian corpse and the lived body". En: *The Body in the Medical Thought and Practice*. Netherlands: Kluwer Academic Publishers; 1992: 17-35.

2 Ribeiro JD, Huang X, Fox KR, Franklin JC. Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: meta-analysis of longitudinal studies. *Br J Psychiatry*. 2018 May;212(5):279-286.

parte consciente del ser, puede ser evitado con frecuencia, como mecanismo de defensa.

Cuando una persona manifiesta el deseo de morirse y pone en marcha la maquinaria necesaria para llevarlo a cabo, algo de gran magnitud está pasando. Lo más sencillo es responder: “claro, un sufrimiento insoportable, un sufrimiento tal que supera a la fuerza de supervivencia”. Sin embargo, no todas las personas con la misma enfermedad y con una sintomatología similar, responden igual. ¿No hay algo más?

2. La falta de sentido

Las sociedades occidentales, del Primer Mundo o pertenecientes a los países desarrollados, presentan unos patrones característicos, a los que progresivamente se van uniformando en el contexto actual de globalización: materialismo³, individualismo⁴, ... Se trata de sociedades en las que el índice de masa corporal, el sobrepeso y la obesidad aumentan⁵, pero en las que también lo hace la falta de respuesta ante la pregunta por el sentido de la vida.

Viktor Frankl, psiquiatra vienés del siglo XX, desarrolló la logoterapia. Ante la dramática situación que le tocó vivir, siendo judío y prisionero en un campo de concentración nazi, se preguntaba, “¿qué sostiene tu vida?, ¿por qué no te suicidas?”, dándose cuenta inmediatamente de que la diferencia entre los que podían sobrevivir a aquella experiencia demoledora y los que no, era que los primeros tenían un sentido por el que seguir vivos: personas amadas, religión, hasta la belleza de la naturaleza. Para muchos reclusos del campo, sin embargo, sus sufrimientos tenían sentido sólo si sobrevivían del campo. Para Frankl la cosa era muy distinta, para él el sentido no podía pender de una casualidad, creía que su sufrimiento tendría sentido si conseguía aprovecharse de él.

3 Jiang W, Liu H, Jiang J. The Development of Materialism in Emerging Adulthood: Stability, Change, and Antecedents. *Pers Soc Psychol Bull.* 2021 Feb;47(2):293-306.

4 Santos HC, Varnum MEW, Grossmann I. Global Increases in Individualism. *Psychol Sci.* 2017 Sep;28(9):1228-1239.

5 NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Heterogeneous contributions of change in population distribution of body mass index to change in obesity and underweight. *Elife.* 2021 Mar 9;10:e60060.

En su famoso libro *El hombre en busca de sentido*⁶, además de entregarnos su experiencia en dichas circunstancias, nos regala multitud de reflexiones sobre el sentido de la vida. Escribe en una ocasión: “ambos prisioneros habían comentado sus intenciones de suicidarse basando su decisión en el argumento típico de que ya no esperaban nada de la vida. En ambos casos se trataba por lo tanto de hacerles comprender que la vida todavía esperaba algo de ellos (...). Nadie más que él podía realizar su trabajo, lo mismo que nadie más podría reemplazar al padre en el afecto del hijo”. Y en otra, dice así: “quien tiene un por qué para vivir, puede soportar casi cualquier cómo”.

Encontrar el sentido de la propia vida no es tarea sencilla, especialmente si nunca se ha pensado que pudiera existir éste, algo a lo que induce fuertemente nuestra sociedad consumista, que anestesia toda pregunta profunda.

En el arte, películas o novelas, no es infrecuente encontrar personas que encuentran ese sentido en el último momento, sin embargo, lo cierto es que quien ha transitado el camino de la búsqueda del sentido durante toda su vida, lo tendrá mucho más fácil.

Es muy difícil soportar el sufrimiento cuando éste no parece tener ningún sentido. Un sufrimiento sin sentido, al igual que una vida sin sentido, sin fin ni meta, a modo existencialista, es un absurdo macabro. Visto así, ningún sufrimiento tiene sentido, pero mucho menos uno que lleva a la muerte, por muy soportable que a priori sea. “La pregunta acerca del sentido del sufrimiento es la pregunta acerca de la experiencia de la falta de sentido, pues justamente en esa experiencia consiste el verdadero sufrimiento. ¿Qué sentido tiene la experiencia de lo sin-sentido?”⁷.

Es una pena una vida que esté tan mutilada, sin ningún tipo de para qué, o al menos sin un para qué fuerte que pueda tener más peso que la dolencia. En esto, como decíamos, tiene que ver mucho cómo es nuestra sociedad, y a lo que de algún modo induce. Hablábamos

6 Frankl VE. *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder; 1991.

7 Spaemann R. El sentido del sufrimiento. *Rev. Atlántida*, 2008; 15.

de materialismo e individualismo, pero también cabría hablar de infantilismo. Nuestras sociedades, las personas que las componemos, estamos acostumbrados a tenerlo todo, a sobrnos de todo, a usar y tirar, y en cierto modo somos caprichosos, nos quejamos por menudencias, tenemos una mínima tolerancia a la frustración. La sobreabundancia, que sin duda nos ahorra más de un quebradero de cabeza, al mismo tiempo nos quita ciertas oportunidades valiosísimas para madurar y poder dar pasos en esa travesía importantísima en busca del sentido.

En resumen, a veces pasa, y no es infrecuente, que quien solicita la prestación de la eutanasia, simplemente no tiene un sentido, se salió del camino, no encuentra un para qué. Ayudarle a encontrar un para qué es fundamentalmente lo que realmente necesita ese paciente.

3. La esfera espiritual-trascendente

Hay otro rasgo distintivo de nuestra sociedad, la progresiva privatización de la religión. Se entiende como normal el agnosticismo, resultando raro, o por lo menos peculiar, que alguien haga una demostración de su fe en público. Santiguarse, si no es con jocosidad, no se entiende. La privatización de la religión, encabezada por la Francia de principios del siglo XX⁸, y como herencia de la Revolución de 1789, ha dado lugar a una cierta exclusión de la fe.

Esta privatización supone que en una consulta médica se recomiende preguntar abiertamente en algunos casos sobre algo tan íntimo como es la conducta sexual, pero que no quepa en cabeza alguna preguntar sobre la religión que practica el paciente, cuando este dato puede ser fundamental para sobrellevar una determinada enfermedad. Se da un pudor en este sentido que bloquea todo tipo de conversación al respecto.

Es cierto que muchas personas ni creen ni quieren oír hablar de algo que les resulta poco importante. Hay personas que incluso se molestan, y mucho, al oír mencionar algo al respecto. Habría que preguntarse por qué, cómo han llegado a esa situación, al menos habría que pregun-

tarse si ha sido un proceso sano, o si por el contrario hay heridas o carencias por la falta de la presencia de un sentido trascendente de la vida en su entorno. Hacer como que no pasa nada en una persona que se está enfrentando ante uno de los momentos más inciertos para el hombre, y que se encuentra aparentemente vacía de todo sentido de trascendencia, es realmente irresponsable.

El sentido trascendente es bastante innato en el ser humano, presente en prácticamente todas las culturas, nada añadido artificialmente, y quizá por ello no deba ignorarse sin más; con más razón si cabe, en un momento tan crucial como es el cercano a la muerte. ¿Pero quién se atreverá a sentarse junto al paciente y con toda la paz del mundo darle la mano para que con una sinceridad sin límites se pueda expresar esa sed connatural de infinito, de eternidad? ¿Quién se atreverá a acompañarle en sus preguntas? ¿Hay un Dios?, ¿me quiere ese Dios?, ¿por qué sufro de esta manera si Dios es bueno?, ¿qué habrá al otro lado? ¿Puede Dios aceptarme ahora si he vivido toda la vida como si no existiera?

Además, muchos de los que se acogen a la eutanasia, también son cristianos. La vida no es un algoritmo dicotómico. Esos cristianos, que creen firmemente en la existencia de Dios, que incluso pueden vivir en la comunión de la Iglesia Católica, ¿por qué piden la eutanasia? ¿Debemos obviar sin más que se dé una contradicción entre lo que se dice profesar y lo que el paciente hace? ¿No debemos sentarnos de nuevo y dejar que se pongan sobre la mesa todo tipo de inquietudes? ¿Qué está pasando cuando una persona, sin querer renegar de su fe, se acoge en cambio a un acto ilícito según la misma? Puede ser que, en un momento tan grave, lo que esa persona necesite sea asistencia religiosa. Una persona que ha confesado su fe durante toda su vida, quizá no deba ser abandonada en esos momentos.

4. La paz

No menos importante resultan el orden, la armonía, la serenidad y la tranquilidad. Y esto, en todos los sentidos. Cuántas peticiones de eutanasia no tienen en el fondo un trasfondo de desastre...: desastre familiar, desastre económico, desastre emocional.

⁸ Poulat É. Privatización y liberalización del culto en Francia. La ley francesa de 9 de diciembre 1905. AHlg. 2005;14:69-82.

La familia, seno subsidiario del estado de bienestar⁹, adolece de cohesión en nuestros días, y ya no nos referimos a familias desestructuradas. Es difícil encontrar modelos de familia en las que todos los miembros vivan en una misma ciudad, y en las que estos miembros tengan el tiempo necesario disponible para dedicárselo al enfermo sin que sufran por ello de manera radical otras esferas de la vida del cuidador.

La economía no siempre es boyante, y esto también debería explorarse, no vaya a ser que el paciente no sólo no quiera ser una carga para la familia en el sentido humano, sino también en el económico. Desde luego, no parece que se deba permitir que alguien se quite la vida por no ser costoso para su familia.

¿Qué decir del desorden emocional? Estar enfermo, como atravesar por cualquier situación crítica de la vida, es factor de riesgo para sufrir cualquier tipo de malestar psíquico¹⁰, aun no llegando a darse enfermedad, como tal, a ese nivel. Hay que explorar el malestar psíquico, y hay que tratar de dar alivio. No se puede obviar esta esfera de la persona que tanto sufrimiento puede generar. La eutanasia puede ser una escapatoria a este tipo de padecimiento, pero también este tipo de malestar puede alterar las vías cognitivas para una correcta toma de decisiones¹¹.

5. Amar y ser amados

Amar y ser amados. Así podríamos resumir todos los puntos anteriores. Quien ama y quien es amado, fácilmente puede encontrar un sentido a su vida. Quien ama y se reconoce amado por Dios puede seguir caminando por sendas cuyo sentido aún no conoce por completo pero que llevan a algo más. Quien ama y es amado, encuentra en su vida una armonía suficiente como para sufrir con paciencia en mucho más alto grado que quien no ama a nadie y no experimenta ser amado por nadie.

Hay quien habla de una vocación del ser humano al amor. Hechos por amor, y hechos para amar¹². Desde luego, es difícil no aceptar que “el amor constituye una experiencia originaria en la vida del hombre, que actúa como fuente de sentido para todas las demás experiencias concretas que componen la existencia”¹³.

Es muy difícil tratar sobre este tema en el último momento. A nadie le gusta aceptar, en sus momentos de decaimiento, que lo que en realidad le sucede, es que cree que no ama a nadie, o que no percibe que sea amado por nadie, a pesar de que no es infrecuente que ésta sea la razón de muchas de nuestras tristezas. Es una derrota triste de la propia humanidad. Pero quizá nunca es tarde para redescubrir el amor, para amar y ser amado, y encontrar así un descanso a la altura de la propia dignidad humana.

6. Conclusión

Cuando todo esto se resuelve, se genera un ambiente especialmente digno, incluso una muerte especialmente digna. Ciertamente se trata de problemas de difícil resolución, no lo negaremos, más aún porque son sistemáticamente ignorados. Sentarse a tratar todo esto en una consulta no cabe en el imaginario general, mientras que entregar dos formularios para terminar con la vida, actualmente sí. Sin embargo, mientras no se reconozca todo esto como algo de lo que se puede estar necesitado y que es fundamental para el ser humano, que constituye los pilares del bienestar humano, no habrá modo de morir dignamente.

Son problemas olvidados por una sociedad que experimenta, como ninguna otra, un ocultamiento de la muerte. Sin embargo, estos mecanismos de fuga impiden al mismo tiempo poder enfrentar y considerar los problemas reales y así poder darles solución. No imagino una campaña política hablando de esto, pero no es culpa de la política, es un reflejo de lo que somos como sociedad, en la que casi parece tabú tratar todo ello.

9 Márquez JA, Martín IB. Las familias como elemento subsidiario del estado de bienestar. *Revista de la Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas de Elche*. 2013;1(9):1-20.

10 Pitman A, Suleman S, Hyde N, Hodgkiss A. Depression and anxiety in patients with cancer. *BMJ*. 2018 Apr 25;361:k1415.

11 Park J, Moghaddam B. Impact of anxiety on prefrontal cortex encoding of cognitive flexibility. *Neuroscience*. 2017 Mar 14;345:193-202.

12 Gallardo González S, Cid Vázquez T, Lucíañez Sánchez MJ, Peñacoba Arribas A. Capítulo 1. Vocación al amor y persona humana. I La vocación humana. En: Gallardo González S. *Persona, familia y cultura*. Tomo I Persona e identidad. Primera edición. Ávila: Universidad Católica de Ávila; 2016. 24-41.

13 Pérez-Soba JJ. *Amor justicia y caridad*. Pamplona: Eunsa; 2011.

Al mismo tiempo, por parte del profesional sanitario, la inversión de tiempo y voluntad, la entrega, es mucho mayor que la inversión necesaria para deliberar durante un rato más o menos largo con el paciente y firmar dos veces. Esta entrega exige mucho de donación personal, de implicación. Cuando hablábamos de que el paciente podría recuperar el amor, ser amado, puede que se deba a que sea el sanitario precisamente quien le ame. Una ética del cuidado muy exigente, que, por supuesto, no se agota en un protocolo. Se trata de estar con el paciente y para él¹⁴, se trata de relacionarse, y de aplicar esos cuidados que se han denominado “invisibles”¹⁵, pero que no por no ser evidentes a primera vista, exigiendo en cambio de una mayor profundización, son menos importantes, más bien al contrario.

Está claro que nadie puede ser obligado a entregar su persona a esto, no es posible. El amor y la entrega son libres en esencia. Dependerá de cada uno atender así a sus pacientes o no. Las estructuras, eso sí, pueden favorecerlo, y la legislación puede ahogarlo como ocurre si se proponen y aprueban leyes que consideran que todo se resuelve con el fin de la vida de la persona que clama, considerando que poner fin a esa vida se trata de un derecho que ha de defenderse presurosamente, no teniendo en cuenta esta visión real e integradora de la persona humana¹⁶.

Referencias

- Chivite-Cebolla CM. La persona integral e integrada: Objeto y sujeto del cuidado enfermero. Ávila: Servicio de Publicaciones Universidad Católica de Ávila; 2020.
- Frankl VE. El hombre en busca de sentido. Barcelona: Herder; 1991.
- Gallardo González S, Cid Vázquez T, Lucíañez Sánchez MJ, Peñacoba Arribas A. Capítulo 1. Vocación al amor y persona humana. I La vocación humana. En: Gallardo González S. Persona, familia y cultura. Tomo I Persona e identidad. Primera edición. Ávila: Universidad Católica de Ávila; 2016. 24-41.
- Jiang W, Liu H, Jiang J. The Development of Materialism in Emerging Adulthood: Stability, Change, and Antecedents. *Pers Soc Psychol Bull.* 2021 Feb;47(2):293-306.
- Leder, D. “A tale of two bodies: The Cartesian corpse and the lived body”. En: *The Body in the Medical Thought and Practice.* Netherlands: Kluwer Academic Publishers; 1992: 17-35.
- Márquez JA, Martín IB. Las familias como elemento subsidiario del estado de bienestar. *Revista de la Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas de Elche.* 2013;1(9):1-20.
- NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Heterogeneous contributions of change in population distribution of body mass index to change in obesity and underweight. *Elife.* 2021 Mar 9;10:e60060.
- Park J, Moghaddam B. Impact of anxiety on prefrontal cortex encoding of cognitive flexibility. *Neuroscience.* 2017 Mar 14;345:193-202.
- Pérez-Soba JJ. Amor justicia y caridad. Pamplona: Eunsa; 2011.
- Pitman A, Suleman S, Hyde N, Hodgkiss A. Depression and anxiety in patients with cancer. *BMJ.* 2018 Apr 25;361:k1415.
- Postigo E. Vulnerabilidad y cuidado del paradigma de la autonomía al de la interdependencia. *Diálogo Filosófico.* 2020;106:25-36.
- Poulat É. Privatización y liberalización del culto en Francia. La ley francesa de 9 de diciembre 1905. *AHlg.* 2005;14:69-82.
- Ribeiro JD, Huang X, Fox KR, Franklin JC. Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: meta-analysis of longitudinal studies. *Br J Psychiatry.* 2018 May;212(5):279-286.
- Ricoeur P. Oneself as another. Chicago, IL, Estados Unidos de América: University of Chicago Press; 1992.
- Santos HC, Varnum MEW, Grossmann I. Global Increases in Individualism. *Psychol Sci.* 2017 Sep;28(9):1228-1239.
- Spaemann R. El sentido del sufrimiento. *Rev. Atlántida.* 2008; 15.

14 Ricoeur P. Oneself as another. Chicago, IL, Estados Unidos de América: University of Chicago Press; 1992.

15 Postigo E. Vulnerabilidad y cuidado del paradigma de la autonomía al de la interdependencia. *Diálogo Filosófico.* 2020;106:25-36.

16 Chivite-Cebolla CM. La persona integral e integrada: Objeto y sujeto del cuidado enfermero. Ávila: Servicio de Publicaciones Universidad Católica de Ávila; 2020.