

CUIDADOS PALIATIVOS VERSUS EUTANASIA

Andrea Maria Gómez Castedo

Universidad de La Sabana

Lista de Figuras

	Página
Figura 1. Componentes esenciales en los cuidados paliativos.....	9.
Figura 2. Escala de Karnofsky	15.
Figura 3. Intervenciones Terapéuticas.....	17.

Resumen

A cada ser humano le llega un momento en su vida donde se debe enfrentar a la muerte, bien sea la suya propia o de un ser querido. ¿Qué puede ser más doloroso que la muerte?

La muerte es una experiencia personal que cada quien la interpreta, la ve y la siente de una forma diferente. Hay quienes categorizan la muerte como: muerte violenta, tranquila o digna. Pero ¿Qué es una muerte digna? ¿Acaso no todos los seres humanos sin importar la raza, religión, idioma, cultura, etnia, etc. Merecen una muerte digna?

Es precisamente en este punto de la dignidad donde se encuentran los Cuidados Paliativos y la Eutanasia o el Suicidio Asistido. Este artículo expondrá y analizará cada una de las posturas, para llegar a una muerte digna.

Palabras Claves

Eutanasia- SC 18255

Enfermedad – SC24415

Salud y Cuidado- SC22396

Hospicio- SC 23275

Cuidados Paliativos- SC 36219

Muerte – SC13110

Suicidio Asistido- SC 04105

Pacientes Terminales- SC 52120

Abstract

There are certain moments in the life of each human being, were they have to face death, it maybe the one from a beloved person or their own death. What can it be more painful than death?

Death is a personal experience which is felt, seen and overcome in different ways. There are some people who categorize death such as: violent death, peaceful death and a death with dignity... but what is a death with dignity? Don't all human beings have the right to die with dignity, without caring about their religion, language, culture or ethnics?

Is precisely at this point of dignity were palliative care and euthanasia confronts. This article will expose and analyze each of the different postures they defend and how they give death a sense of dignity.

Key Words

Euthanasia- SC 18255

Sickness- SC 24415

Health and Care- SC22396

Hospice- SC 23275

Palliative Care- SC 36219

Death-SC 13100

Assisted Suicide- SC 04105

Terminal Patient- SC 52120

CUIDADOS PALIATIVOS VERSUS EUTANASIA

La muerte tiene un significado abstracto al igual que la vida, cada quien le da su sentido y su poder de acuerdo a las experiencias vividas y situaciones experimentadas por cada individuo. La vida y la muerte siempre han sido contrapuestas, pues muchas veces la vida es el principio de algo maravilloso y la muerte es vista como el fin de todo. Es por esto que cada quien le da su propio significado a la muerte, y este significado puede variar de acuerdo a sus creencias, cultura y religión de cada uno.

La ilusión de todo ser humano es morir tranquilo y morir bien, sin miedos y sin temores pero más que todo el morir sin dolor y sin sufrimiento. Por eso cuando se habla de cuidados paliativos o de eutanasia es tan complejo llegar a una sola conclusión, ya que cada ser humano puede enfrentar la enfermedad y la cura de formas diferentes, así mismo como la confrontación con la muerte o con una buena calidad de vida en sus últimos años. ¿Cómo se logra esto? Pues, es aquí donde por un lado se podría optar por la eutanasia o bien por los cuidados paliativos, esto depende de la opción que se le de al paciente y de cómo se maneje la enfermedad y la muerte, no solo en el paciente sino en sus familiares.

Los Cuidados Paliativos

Para comprender los cuidados paliativos y como estos se llevan acabo es necesario tener en cuenta que no todos los países están capacitados para desarrollar y llevar acabo este programa. Hoy en día en Colombia los cuidados paliativos es un tema que cada día cobra mas fuerza y empieza a ser aplicado en hospitales donde tienen el auspicio para pacientes terminales. Países como España, Inglaterra, Suiza,

Estados Unidos entre otros, han sido pioneros en el desarrollo y mejoramiento de los cuidados paliativos.

Los cuidados paliativos surgen a partir de una serie de cambios que se han venido dando desde mitades del siglo XX. Durante este siglo la realidad de enfermar dio un giro y con ello la realidad de morir cambio también. La forma en que se muere hoy en día es totalmente diferente, pues las causas y la forma como la muerte se enfrenta son incomparables. “La muerte de un individuo no afecta para nada la continuidad del ritmo social.” Pues todo a su alrededor sigue estando normal y nadie parece extrañar a ese ser que ya no esta. (Aries P. 1987)

La hospitalización se generalizo en 1950 para que la gente pudiese morir en los hospitales. Aunque este proceso se inicio entre 1930 y 1940, los hospitales a partir de este momento se volvieron instituciones donde no solo se cura la persona o se muere por errores o incapacidades medicas, sino donde la persona es llevada muchas veces porque se sabe que va a morir pronto. Entre los años de 1940 y 1950 el pronóstico de la enfermedad que tenia el paciente era solo revelado a los familiares y ocultado para los enfermos, razón por la cual la familia del paciente empezaba a disponer de todo lo que era del paciente. (Aries p. 1987)

Es precisamente por este motivo que el novelista J. Fletcher habla de: “la calidad de vida, la calidad de muerte y el derecho a escoger la forma de morir; en su opinión se trata de saber que muerte escogemos, una muerte con agonía o apacible, una muerte digna o indigna, un final moral o desmoralizante para una vida mortal. Para este autor, la creencia de que sólo Dios decide el momento de la muerte es rechazable, ya que si nos dejamos guiar estrictamente por este argumento, prolongar la vida por medio de los avances médicos también sería inmoral. Rechazó a su vez el dolor como parte de los “designios divinos” y recordó aquellos casos en los que por

“falta de imaginación” no se encontraba el remedio para devolver la salud a una vida que se extinguía”. (J. Fletcher 1951)

En 1952 W.C. Álvarez en su publicación “Care of the Dying” recalca la importancia y la necesidad que tienen los pacientes terminales de la amabilidad, sinceridad, comodidad y alivio de los síntomas, en especial del dolor. Siguiendo la idea de Álvarez, J. Farell en su libro “El derecho del paciente a morir” publicado en 1953, habla sobre las necesidades y de la importancia del paciente terminal en sus últimos momentos.

Hasta los años sesenta el tema de la muerte era un tema que se trataba de evitar y más cuando se hablaba de muerte en niños. Los medios de comunicación no solían manejar ni exponer estos temas. Pero en la década del setenta la muerte empezó a ser un tema de gran discusión y controversia, donde el interés de todos se iba por la “muerte y dignidad” Por otra parte las Unidades de Cuidados Intensivos se empezaron a convertir en lugares de “mala muerte” pues el paciente por lo general se encuentra rodeado de aparatos y tecnología que no entiende y en donde es alejado de familiares y amigos. Este es un lugar donde por lo general el paciente muere solo. Fue por esto que la década del setenta que se caracterizó por generar polémica ética y legal, ya que todo paciente tiene derecho a morir como él lo decida. En 1974 se funda el primer hospicio oficial en Estados Unidos donde se crea la primera guía hospitalaria de los cuidados del paciente terminal. En 1976 se legaliza el Testamento Vital, el cual consiste en el derecho de detener todo esfuerzo para mantener la vida del paciente terminal. A principios de los ochentas la muerte se aborda como concepto y acontecimiento, señalándose sus tres dimensiones: psicológica, social y física. En 1983, la Junta de Ancianos de Norteamérica elaboró una serie de reglas y recomendaciones para que más de 40.000 residentes de hospitales del Estado

recibieran tan sólo asistencia médica cuando estuvieran a punto de morir. “Los candidatos a este tipo de asistencia son los pacientes que se encuentran en la fase terminal de una enfermedad irreversible; los disminuidos mentales graves incapaces de comunicarse e inconscientes de sí mismos y de su entorno, y/o los minusválidos en estado grave e irreversible que, a pesar de hallarse en plenitud de sus facultades, sean incapaces de comunicarse adecuadamente con su entorno por causa de dolor o deterioro físico. Este tipo de asistencia implica que el paciente se halle lo más cómodo posible, sin embargo, no se tratarán las infecciones que, sin tratamiento, amenazarían su vida”. (Humphry, D. & Wickett, A., 1989)

A partir de la segunda mitad de la década de los ochenta la situación del ir-muriéndose y la asistencia al moribundo se orientará definitivamente hacia un modelo de asistencia más humano, noción que descansará en el polifacético desarrollo de la filosofía del cuidado paliativo. En los últimos 15 años, el concepto de hospicio pierde su connotación de lugar físico para convertirse en la definición de un modelo de asistencia.

En 1986 la Organización Nacional Americana de Clínicas Terminales describe su servicio y su filosofía de la siguiente manera: “La Clínica Terminal afirma la vida. Esta institución tiene por objeto asistir y apoyar a los enfermos en la fase terminal de una enfermedad incurable para que terminen sus días de la mejor forma posible. La Clínica Terminal contempla la muerte como un proceso normal, tanto si es el resultado de una enfermedad como si no lo es. La Clínica Terminal no acelera ni prolonga la muerte. Estas instituciones han sido creadas con la esperanza y el convencimiento de que, mediante los cuidados apropiados y la ayuda y la comprensión de la sociedad, los pacientes y los familiares puedan lograr la

preparación mental y espiritual necesaria para aceptar la muerte de forma satisfactoria”. (Humphry, D. & Wickett, A.1989)

Es desde hace 20 años que los cuidados paliativos han ido desarrollando esa fuerza y despertando ese especial interés por todos quienes trabajan en el ámbito de la salud y sus pacientes. Ya que se hizo un recuento de su historia es necesario el definir los cuidados paliativos. Para esto es necesario no olvidar que esta puede variar de acuerdo al enfoque y a la problemática específica a la que estos se enfrentan. (Alvarez, W.C & Fletcher, J. 1952)

La expresión “paliativo” derivada de la palabra latina *pallium*: palio, capa, manto. La OMS define a los Cuidados Paliativos como la asistencia integral, individualizada y continua de las personas enfermas en situación avanzada y terminal, teniendo en el enfermo y su familia la unidad a tratar, desde un punto de vista activo, vivo y rehabilitador, con objetivos de confort. (2002)

Con los cuidados paliativos los síntomas son cubiertos con tratamientos cuyo objetivo central es proveer confort. Sin embargo, los cuidados paliativos de extienden más allá del alivio de los síntomas físicos, buscan integrar las diferentes dimensiones del cuidado: física, psicológica, social y espiritual, de tal modo de facilitar al paciente no sólo morir en paz, sino vivir tan activamente como sea posible hasta el momento final. (Doyle, D. 1987)

La figura 1, que se observa a continuación muestra los componentes esenciales dando una idea mas clara a lo que Kearney se refiere con la integración de las dimensiones del cuidado, ya que esto es básico para llevar acabo unos cuidados paliativos exitosos.

Aunque para otros autores los cuidados paliativos pueden ser definidos como el cuidado activo y total de pacientes con enfermedades que limitan la vida -

incluyendo a su grupo familiar - cuando la enfermedad no responde a terapias curativas o que permitan prolongar la vida (WHO, 1990 & Pincus, L 2002).



Figura 1. Componentes esenciales en los cuidados paliativos.

Los tres componentes esenciales en los Cuidados paliativos son: El control de síntomas, pues en todo momento lo que se busca es que el paciente aunque se encuentre muy enfermo se le pueda proporcionar los medicamentos suficientes para que este no sienta dolor o molestias; el apoyo psicosocial y espiritual, el cual le da el apoyo al paciente para que este pueda adquirir las herramientas suficientes para enfrentar su enfermedad con fortaleza; el trabajo en equipo o interdisciplinario, con la sociedad medica así como con el paciente y su familia, es muy importante pues en este punto todos deben saber a que se enfrentan y como se deben o se están enfrentando ante la enfermedad. Es aquí donde no solo el profesional desempeña un rol importante sino la familia del paciente también. En los cuidados paliativos como se mencionó anteriormente uno de sus pilares es el trabajo interdisciplinario del cual muchas veces dependerá el éxito del tratamiento. (Farell, J. 1953)

Por otra parte De Simone en el 2002 dice que los cuidados paliativos cuentan con unos objetivos generales que son los siguientes:

- Detección y evaluación de las necesidades físicas, psicológicas, sociales, espirituales de las personas con enfermedad avanzada, progresiva a pesar de los tratamientos instituidos, incurable y potencialmente mortal a corto o mediano plazo.
- Promoción e implementación de estrategias interdisciplinarias de cuidado del paciente y su familia destinados a proporcionar bienestar y calidad de vida hasta el final de la vida.
- Establecimiento de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos destinados a brindar alivio del dolor y/o cualquier otro síntoma que produzca sufrimiento al paciente.
- Implementación de planes para el adecuado acompañamiento y apoyo emocional del paciente y su familia, durante el curso de la etapa paliativa de la enfermedad.
- Disponibilidad de ámbitos o sistemas de soporte para brindar seguimiento de duelo a la familia y/o entorno significativo que lo requiera luego de la muerte del paciente.
- Promoción de sistemas de detección y prevención de secuelas en la familia y/o en el entorno significativo.
- Organización y ejecución de medidas de prevención de síntomas de agotamiento en los cuidadores profesionales o no profesionales.
- Promoción de conductas de respeto y fortalecimiento de la autonomía del paciente y familia.

- Organización de estrategias de tratamiento para los equipos asistenciales ante la presencia de síntomas de agotamiento en sus miembros.
- Seguimiento fármaco terapéutico de los pacientes en tratamiento farmacológico.
- Prioridad en el Control de los Síntomas: La evaluación y cuidado se centra en las cambiantes necesidades del paciente y su familia, empezando con los síntomas físicos y el dolor; el manejo exitoso del dolor crónico es la piedra angular de este tipo de cuidados, sin embargo, la valoración repetida de los síntomas y las modificaciones necesarias del plan de cuidados son las que aseguran el énfasis puesto en mantener la calidad de vida. Se insiste en el desarrollo y mantenimiento de un medio ambiente humano de apoyo al paciente, ya sea en su domicilio o en régimen de ingreso.
- Control del dolor: Ningún paciente debe morir con dolor o síntomas tratables como náuseas, fatiga, disnea, etc. El control del dolor debe ser el principal objetivo por lo que se han desarrollado guías para ayudar a los médicos a distinguir analgesia apropiada de eutanasia con inyección letal. Estos deben ser previstos y controlados tempranamente, evitando que lleguen a ser incontrolables.
- Equipo Interdisciplinario: Los cuidados paliativos son brindados por equipos interdisciplinarios en salud. Es usual que los equipos asistenciales cuenten además con la presencia de voluntarios

cuidadosamente seleccionados, entrenados y supervisados, formando un grupo integrado cuya característica fundamental es la comunicación abierta y clara, trabajando juntos a todo lo largo del curso del cuidado del enfermo, buscando vías creativas para satisfacer las necesidades de los pacientes y sus familias, y haciendo uso de los recursos familiares y comunitarios existentes.

- Respeto al Estilo de Vida del paciente y su familia: Las características del cuidado son generalmente señaladas por el paciente y su familia, basados en una discusión abierta con los miembros del equipo de tratamiento. La persona y la familia son consideradas de forma total, en todas sus dimensiones (física, social, espiritual, psicológica y económica); cada persona es un individuo, y usualmente le toma tiempo al paciente confiar y compartir sus esperanzas y temores con los miembros un equipo asistencial que, conscientes de ello, acepta la variabilidad individual y el concepto del “interlocutor elegible”.
- Los Equipos de Cuidados Paliativos facilitan la Comunicación: Bajo la tensión de una enfermedad grave, la comunicación de los individuos sufre. Los Equipos se esfuerza en mejorar el nivel y la calidad de la comunicación dentro de la Unidad paciente/familia, así como entre estos y los proveedores del cuidado. Por otro lado, se está alerta a la tendencia de algunos pacientes y familiares a fomentar un paternalismo benevolente en sus cuidadores. Como prioridad, se reconoce la necesidad de ayudar a los pacientes en su participación en las decisiones que afectan su cuidado. Se estimula,

además, el desarrollo de objetivos razonables para la mejoría del dolor y otros síntomas, ya que la no mejoría física y emocional del paciente erosionan su autonomía si sus objetivos particulares no son realistas.

- Tratamiento de sostén: El paciente y sus familiares deben poder elegir el lugar y la forma de cuidado que el paciente recibirá en sus últimos días y debe ser alentado a discutir por adelantado sus deseos respecto al tratamiento de sostén, para lo cuál el médico debe brindarle una guía y apoyo al paciente y a los familiares, y elegir eventualmente un sustituto para tomar decisiones. (Farfán, F. 1996)

La mayoría de instituciones hacen efectivos estos objetivos y los llevan a cabo en sus pacientes terminales, ya que saben y reconocen la importancia del paciente, su familia y los intereses que estos puedan tener.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos como la asistencia integral, individualizada y continua de las personas enfermas en situación avanzada y terminal, teniendo en el enfermo y su familia la unidad a tratar, desde un punto de vista activo, vivo y rehabilitador, con objetivos de confort y con los mencionados anteriormente.

La OMS en el 2004 establece unos principios fundamentales de los cuidados paliativos que son los siguientes:

Reafirmar la importancia de la vida, considerando a la muerte como un proceso natural.

Establecer una estrategia de asistencia que no acelere la llegada de la muerte, ni tampoco la posponga artificialmente

Proporcionar alivio del dolor y de otros síntomas angustiantes

Integrar los aspectos psicológicos y espirituales del tratamiento del paciente y su familia

Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a las personas enfermas a llevar una vida lo más activa posible hasta que sobrevenga la muerte

Extender este apoyo a los familiares, facilitando que puedan afrontar la enfermedad del ser querido y sobrellevar el período de duelo. (OMS, 2004)

La OMS ha sido una institución que constantemente se ha preocupado por el buen desarrollo de los cuidados paliativos, ya que insisten que el cuidado paliativo es un elemento esencial en la atención clínica.

El Dr. Carlos Centeno, coordinador de la Unidad de Medicina Paliativa de la Clínica Universitaria de la Universidad de Navarra asegura que; "Los cuidados paliativos son la única salida digna para la situación de un enfermo terminal", y "la calidad de una sociedad se puede medir por el modo en el que cuida a las personas al final de la vida. En este sentido, en Europa se está produciendo un creciente interés por proporcionar cuidados paliativos a pacientes terminales. Entre otras medidas, en distintos países europeos en los últimos años se ha declarado derecho humano la atención paliativa, se ha modificado la legislación en esta área, se han establecido planes específicos y se han elaborado Planes Nacionales". (Centeno. C. 2003, discurso con motivo del Día Mundial de los Cuidados Paliativos)

Como bien se ha ido mencionando a lo largo del artículo, los cuidados paliativos están primordialmente dirigidos y enfocados a pacientes con enfermedades terminales; entiéndase estas como el estado clínico que provoca expectativa de

muerte en un breve plazo. Dado que la situación del enfermo terminal viene producida o acompañada de una serie de síntomas que pueden producirse por distintas etiologías, pensamos que es más correcto referirnos al “Síndrome de Enfermedad Terminal”. Sus criterios diagnósticos incluyen:

Enfermedad causal de evolución progresiva;

Estado general grave (inferior al 40% en la escala de Karnofsky) Véase Figura 2, para entender mejor la escala;

Pronóstico de supervivencia inferior a un mes;

Insuficiencia de órgano;

Ineficacia comprobada de los tratamientos;

Ausencia de tratamientos alternativos útiles;

Complicación irreversible final. (González, Barón y Colb, 1990. Extraído de la Red Mayo 18 de 2006)

Para otros, autores “terminal” hace referencia a no más de seis a doce meses en tal situación, aunque suele ser muy difícil establecer tal paso: de curable a incurable.

Escala de Karnofsky

Actividades	Puntuación	Equivalente físico
Normal, sin quejas, faltan indicios de enfermedad	100	Capaz de trabajo y actividad normales, sin necesidad de cuidados especiales
Llevar a cabo una actividad normal con signos o síntomas leves	90	
Actividad normal con esfuerzo. Algunos signos o síntomas morbosos	80	
Capaz de cuidarse, incapaz de actividad normal o trabajo activo	70	No apto para el trabajo. Capaz de vivir en la casa, satisfacer la mayoría de sus necesidades. Necesita una ayuda de importancia variable
Requiere atención ocasional, pero es capaz de satisfacer la mayoría de sus necesidades	60	
Necesita ayuda importante y	50	

asistencia médica frecuente		
Incapaz, necesita ayuda y asistencia especiales	40	Incapaz de satisfacer sus necesidades, necesita asistencia equivalente a la de un hospital. La enfermedad puede agravarse rápidamente.
Totalmente incapaz, necesita hospitalización y tratamiento de soporte activo	30	
Gravemente enfermo. Tratamiento activo necesario	20	
Moribundo, irreversible	10	
Muerto.	0	Muerto

Figura 2. Escala de Karnofsky

Los pacientes que cubre el área asistencial de los Cuidados Paliativos incluye pacientes con enfermedades oncológicas, neurológicas evolutivas o degenerativas, renales crónicas, SIDA, enfermedades metabólicas, genéticas, entre otras, las cuales son potencialmente letales a corto o mediano plazo, y no responden a tratamientos disponibles en la actualidad con finalidad curativa. (Miller, D. Weber, J & Green J. 2004)

La situación de enfermedad terminal da lugar a grandes necesidades y demandas, las cuales requieren de una respuesta eficiente. Para llevar a cabo estas necesidades y demandas en el paciente serán necesarias el confort y la calidad de vida que desde un principio serán definidos y establecidos por el mismo paciente y/o su familia. (Miller, R & Bor, R. 2001)

Ya que la enfermedad terminal exige tanta atención y demanda de parte del paciente, es necesario que detrás de todo el apoyo brindado al paciente y su familia se encuentre un gran grupo interdisciplinario donde todos trabajan en pro del paciente. Los cuidados paliativos comprenden un conjunto de acciones médicas, de enfermería, farmacéutico, psicológico, social, espiritual, entre otros, que se encargan de mejorar la calidad de vida del paciente con enfermedades crónicas, avanzadas o

que pueden ser; progresivos, incurables y potencialmente mortales a corto o mediano plazo. Inclusive el soporte clínico se extiende de ser necesario, al soporte durante el duelo. (Figura 3).

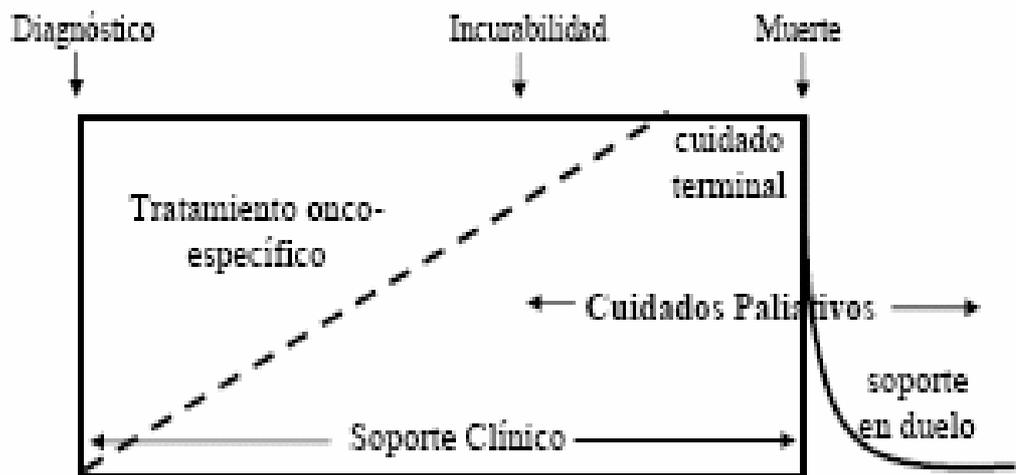


Figura 3. Intervenciones Terapéuticas

Es importante no olvidar que las intervenciones terapéuticas se pueden llevar a cabo en diferentes sitios, pues los cuidados paliativos y los profesionales quienes la practican, lo pueden hacer bien sea en un ambiente hospitalario o en el hogar de la persona. Esta decisión es tomada por el paciente o por los familiares del mismo, todo depende de donde el paciente se sienta más cómodo y también de la fase en la que se encuentre el paciente. (Astudillo, W & Mendinueta, C 1991)

A continuación se expondrán las teorías relacionadas con la eutanasia, y porque algunos paciente escogen entre la eutanasia o los cuidados paliativos.

Eutanasia

El significado de la palabra eutanasia ha ido cambiando constantemente con el pasar del tiempo, enfrentándose a realidades muy diferentes. Etimológicamente la palabra eutanasia viene del griego eu (bien) y thánatos (muerte) definiéndose entonces como una muerte buena o el morir bien.

Sin embargo esta palabra y la definición en si han cambiado para convertirse en algo más específico como el proveer la muerte sin dolor a quien sufre.

“Hoy en día la eutanasia se entiende como el llamado homicidio por compasión, es decir causar la muerte de otro por piedad ante su sufrimiento o atendiendo a su deseo de morir por las razones que fuese” (Conferencia episcopal española, 1993)

Existen diversas clasificaciones del fenómeno de eutanasia; se debe tener en cuenta que estas clasificaciones se les da según el significado que se le de al termino.

Eutanasia agónica: consiste en provocar la muerte sin sufrimiento al enfermo ya desahuciado.

Eutanasia lenitiva: es el ejemplo de ciertos fármacos para aliviar el dolor físico causado por una enfermedad terminal, en la cual los efectos secundarios puede llevar consigo a un acortamiento de la vida.

Eutanasia suicida: el sujeto que lleva acabo medios letales para suprimir o acortar la vida.

Eutanasia homicida: acortamiento de la vida de una persona para liberarlo de una enfermedad terrible.

Eutanasia negativa o distanasia: prolongar la vida del enfermo y alejarlo de la muerte.

Eutanasia positiva: la muerte por medio de una intervención adecuada, administración de un fármaco.

(Monge.F. 1989)

Desde el punto de vista del paciente la eutanasia puede ser: voluntaria o involuntaria, según por quien la solicite.

Perinatal, agónica, psíquica o social, si es aplicada a recién nacidos con malformaciones o deficiencias, a enfermos terminales, a pacientes afectados con lesiones cerebrales irreversibles, o ancianos u otras personas rotuladas improductivas para la sociedad, entre otras. (Pollard, B 1991)

Algunos autores que se refieren a la auto-eutanasia como aquella que representaría al suicidio.

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

La eutanasia directa o indirecta: la primera seria la busca que sobre venga la muerte, la segunda la que busca mitigar el dolor físico aun sabiendo que ese tratamiento puede acortar la vida del paciente.

La Ditanasia también proveniente del griego quiere decir, dis (mal) y thánatos (muerte) consiste en retrasar la muerte.

La Ortotanasia del griego orthos (recto) y thánatos (muerte) la muerte por quienes atienden al que sufre en la enfermedad incurable en fase terminal. (Conferencia episcopal española, 1993)

Es claro que a pesar de la diversidad en las clases de eutanasia, en la mayoría de los casos son los pacientes o sus familias quienes toman las decisiones. Cuando se habla de eutanasia y de darle fin a una vida, el argumento dado es el derecho a una

muerte digna. Como pacientes, como seres humanos todos tenemos derechos los cuales se mencionaran a continuación. La Organización Pallium en el 2005 propone estos derechos para los pacientes al final de la vida.

- El derecho a no sufrir inútilmente
- El derecho a que se respete la libertad de su conciencia
- El derecho a conocer la verdad de su situación
- El derecho decidir sobre si mismo y sobre las intervenciones a que se les va a someter
- El derecho a mantener un dialogo confiado con los médicos, familiares, amigos y sucesores del 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 a renunciar a los remedios excepcionales en la
- Fase Terminal, siempre que tras ellos no se oculte una voluntad suicida. Que no se prolongue mi sufrimiento indefinidamente, ni se apliquen medidas extremas y heroicas sólo para sostener mis funciones vitales
- El derecho a ser tratado como un ser humano hasta el último momento de mi vida.
- El derecho a expresar mis sentimientos y emociones ante la cercanía de mi muerte.
- El derecho a participar de las decisiones sobre los cuidados que recibiré.

- El derecho a ser atendido por los equipos de salud aunque sepa que no voy a curarme.
- El derecho a permanecer en mi hogar.
- El derecho a que me alivien el dolor.
- El derecho a vivir mi vida tan activamente como sea posible
- El derecho a que mi familia y yo seamos ayudados para aceptar mi muerte.
- El derecho a que se respete mi cuerpo después de la muerte.
- El derecho de conservar mi individualidad y de no ser juzgado por mis decisiones, aunque puedan ser contrarias a las creencias de otros. (Reichel, W. & Dyck, A.J. 1990)

Todo paciente aparte de sus derechos tiene necesidades y más si encuentran en la fase terminal, pues es aquí donde todos los temores surgen, lo cual es realmente inevitable. Estas necesidades necesitan ser saciadas por el equipo interdisciplinarios, bien sea en la eutanasia o en los cuidados paliativos. Las necesidades físicas, psíquicas, espirituales o religiosas y sociales.

Físicas: Controlar molestias y dolores en el paciente

Psíquicas: Sentirse seguro, confiar en el equipo, confiar en una compañía que lo apoye y que no lo abandone.

Espirituales: Necesidad de Dios y guía espiritual.

Sociales: Compañía y apoyo de parte de la sociedad, no solo al enfermo sino a su familia. (Domingo. M, 1993)

Todos estos aspectos son los responsables de darle una muerte digna al paciente terminal. Como bien se puede apreciar, con los derechos y necesidades del

paciente, en realidad lo que este necesita es el apoyo y la colaboración de todos aquellos que lo rodean incluyendo al equipo médico.

Existen varias asociaciones pro-eutanasia, las cuales apoyan y llevan acabo esta acción, algunas de estas asociaciones son; Society of Medical Officers of Heat-Mercy Killing fundada en 1932, Voluntary Euthanasia Society fundada en 1989, Euthanasia Society of America fundada en 1938, Euthanasia Educational Fund 1967 y Federación Mundial de Sociedades para el Derecho a la Muerte. (Bayes. R. 2001)

Aunque en muchos países la eutanasia sigue estando penalizada por las leyes, en países como Los Estado Unidos (en algunos estados) ya ha sido despenalizada, lo mismo ocurre en algunos países de Europa. La eutanasia es un tema que todos los días toma más fuerza y más personas le están diciendo sí. Aunque los cuidados paliativos han disminuido los porcentajes de muertes por suicidios asistidos ósea la eutanasia, revisemos como estas dos posturas se enfrentan y cual de las dos dan realmente una muerte digna al paciente terminal.

La Eutanasia y Los Cuidados Paliativos

Estas dos posturas están constantemente contrapuestas y en debate, pues como bien se puede observar en las páginas anteriores las dos abordan la misma problemática: darle una buena muerte a los pacientes que pueden estar sufriendo, en pocas palabras darle una muerte digna al paciente.

“La medicina paliativa intenta eliminar el sufrimiento, mientras que la eutanasia opta por eliminar a la persona que sufre. La diferencia de planteamiento entre ambas es evidente. Los enfermos desean ser cuidados, no eliminados. Cuando se trabaja en cuidados paliativos, se comprueba que se puede aliviar todo el sufrimiento que hace que el

enfermo en ocasiones desee la muerte. Con nuestros cuidados trataremos de no acelerar ni retrasar su muerte, sino acompañarle para que muera bien”. “Cuando un familiar desea la eutanasia para un ser querido en coma profundo, primero se le escucha, se le respeta y se le demuestra que con los cuidados que se le puedan dar a su familiar, que aún sigue con vida, está tranquilo y no presenta signos de sufrimiento. El equipo de cuidados paliativos tendrá que dedicar mucho tiempo a cuidar de ese familiar que también está sufriendo. Cuando los cuidados paliativos son de calidad no se suele solicitar la eutanasia”

(Bátiz. J. 2001 Extraído de la Red, Abril 12 de 2006)

“Para que un enfermo en fase terminal tenga la máxima calidad de vida, la máxima dignidad y la máxima autonomía, tendremos que tener en cuenta sus necesidades físicas, sus necesidades emocionales, sus necesidades sociales y sus necesidades espirituales. El enfermo en esta fase de su vida necesita una atención integral, necesita por tanto que la atención espiritual forme parte de los cuidados paliativos. Esta etapa es un momento crucial, en el que, a la luz de la experiencia, el enfermo puede llegar a distinguir entre lo verdaderamente esencial y lo que no lo es. Escuchar sus reflexiones sobre temas espirituales, el significado de la vida, la razón del sufrimiento, a menudo sirve para adquirir cierta paz interior” (Bayes, R. 2001)

Por otro lado se encuentran los argumentos dados por aquellos que están a favor de la eutanasia, los cuales se basan en la libertad y autonomía personal para decidir acerca de la propia vida y la defensa de una muerte digna cuando la calidad de vida es deficiente. Porque nadie puede decidir por la vida de otros y la vida es algo realmente íntimo, así que este tipo de decisiones se toman a partir de la experiencia propia y personal (S.A extraído de la red, Abril 12 de 2006)

El proyecto ideológico que subyace a la mentalidad de la muerte con dignidad o del derecho a una muerte digna consiste en la aceptación de que la dignidad humana es minada, o incluso alevosamente destruida, por el sufrimiento, la debilidad, la dependencia de otros y la enfermedad terminal. Se hace, por tanto, necesario rescatar el proceso de morir de esas situaciones degradantes mediante el recurso a la eutanasia o al suicidio ayudado por el médico. (Herranz. G. 1999)

Es importante tener en cuenta que la eutanasia acaba cuando el paciente muere; los cuidados paliativos van un poco allá porque estos ayudan a los familiares en el proceso de duelo, dejan de cuidar ya al paciente muerto, para así comenzar a cuidar a la familia, para que esta salga adelante. (Twycross. R. 2001)

Tanto los cuidados paliativos como la eutanasia son una opción de muerte para el paciente, una opción que quien la toma por lo general es la familia, aunque lo ideal sería que fuese el paciente quien la tomase. Los cuidados paliativos no se pueden ver como una alternativa a la eutanasia, pues ninguna es alternativa de la otra, son opciones diferentes y como tal deben analizarse. (Herranz.G. 1999)

Conclusiones

El enfrentamiento entre la eutanasia y los cuidados paliativos, es un tema que hoy en día es muy polémico, no solo acá en Colombia sino en el mundo entero. Muchas personas tendrán sus razones para optar por los cuidados paliativos y otras las tendrán para escoger la eutanasia. La dignidad de una persona no se puede medir por su muerte, por su sufrimiento ni mucho menos por su dolor, pero si se puede medir en aquellas acciones buenas y/o malas que hizo a lo largo de su vida.

Todo ser humano merece una muerte digna, por tal motivo no se pueden calificar la eutanasia y los cuidados paliativos como una elección buena o mala, es simplemente una opción de muerte o de vida. La vida de todo ser humano se basa en acciones y decisiones, y estas tienen consecuencias. Por ende, debemos tener claro que al momento de tomar dichas acciones o decisiones sabemos que son lo mejor para nosotros o para el ser amado. Por lo tanto pensar más que en el presente y en el ahora pensar en el después, en el futuro, en como probablemente evolucionara la enfermedad o como me sentiré después de la muerte del ser querido.

Como bien lo expone el Dr. Carlos Centeno, coordinador de la Unidad de Medicina Paliativa de la Clínica Universitaria de la Universidad de Navarra asegura que; "Los cuidados paliativos son la única salida digna para la situación de un enfermo terminal".

No se puede ser egoísta, hay que pensar que nos gustaría que hicieran con nosotros estando en el lugar del enfermo, o que haríamos nosotros en esa posición viendo a un ser amado sufrir.

Ambas posturas presentan aspectos tanto positivos como negativos. Por esto autores como Amaro, M. en 1998 cuando después de realizar sus investigaciones, este concluye que a medida que los cuidados paliativos incrementan y sus técnicas se

mejoran, las peticiones para realizar la eutanasia disminuyen notablemente. Estos aspectos se pueden maximizar o minimizar según como se le presenten las opciones al paciente o a su familia. No es una decisión fácil de tomar, así como tampoco es fácil ver sufrir a un ser amado, o soportar dolores bastante agudos e intensos que nos acompañen día y noche donde ningún analgésico haga efecto.

Entonces, ¿Cuál es la decisión correcta? La respuesta adecuada para esta pregunta se la da la persona o la familia que se encuentre en dicha situación. Lo cierto es que no hay respuesta correcta para esta pregunta, pues siempre se debe estar tranquilo y pensar que la decisión, bien allá sido la eutanasia o los cuidados paliativos era la decisión adecuada.

Los cuidados paliativos no mueren con el paciente, ya que estos acompañan a las familias a elaborar el duelo por aquella pérdida, pero la eutanasia si muere con el paciente, pues es hasta ahí donde llega su labor.

Es importante tener en cuenta que en Colombia actualmente la eutanasia es ilegal ya que en el Capítulo Segundo del Código Penal Colombiano los artículos 106 y 107 son muy claros en cuanto a los delitos contra la vida. Art.106. “homicidio por piedad; El que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, incurrirá en prisión de uno a tres años” Art. 107. “Inducción o Ayuda al suicidio; El que eficazmente induzca a otro al suicidio, o le preste una ayuda efectiva para su realización, incurrirá en prisión de dos a seis años. Así mismo cuando la inducción o ayuda este dirigida a poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o en enfermedad grave e incurable, se incurrirá en prisión de una a dos años”. Igualmente las sentencias legisladas por las normas y leyes de nuestro país sentencian los actos como el de la eutanasia, apoyando así los cuidados paliativos y el hospicio en los

enfermos. Esta sentencia es la C-239/97, en la cual se habla sobre los derechos y los principios de cualquier ciudadano colombiano. Por lo anterior en Colombia se considera un delito punible a quien realice la eutanasia y es un hecho inaceptable tanto por la ley, así como por gran parte de nuestra ciudadanía ya que se considera que el valor de la vida es infinito y nadie tiene el poder suficiente para decidir por la vida o por la muerte de otros.

Finalmente el objetivo de ambas posturas y de cada ser humano es llegar a obtener una muerte tranquila y en paz, los métodos y las formas para conseguirlo depende de cada quien, es cuestión de comodidad y de beneficio para el enfermo, pues es él quien realmente importa y por quien se va hacer. Aunque nunca se debe olvidar que al enfermo hay que acompañarlo más no eliminarlo.

Referencias

- Alvarez, W.C & Fletcher, J. (1952) *Care of the Dying*. Extraído de la red www.bioetica.org/bioetica/mono37.htm Febrero 22, 2006
- Amaro, M. (1998) *Una Muerte Digna para una Vida Digna*. España: Editorial Cuadernos Bioética. Vol. IX. No. 36.4
- Ariés, P. (1987) *El hombre ante la muerte*. Madrid: Editorial. Taurus, 35-38
- Astudillo, W. & Mendinueta, C (1991). *Importancia de la comunicación en el cuidado del paciente terminal*. España
- Avril, S. (2004) *Facing Death- Patients, families and Professionals*. Londres: Editorial William Heinemann Medical.
- Baine, M. & Kearny M. (1987). *The Essentials in Palliative Care*. Escocia: Cancer Society
- Bayes, R. (2001) *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, 156- 163
- Beauchamp, T. L. & Childress J. F (2003) *Principios de ética biomédica*. Michigan Editorial. Masson, 158
- Centeno. C, (2003) *Discurso con motivo del Día Mundial de los Cuidados Paliativos*. Madrid, España.
- Conferencia episcopal española. (1993) *La eutanasia 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos. Comité episcopal para la defensa de la vida*. Madrid: Editorial. Palabra S.A. 9, 17, 25
- De Beauvoir, S (2004) *A Very Easy Death*. San Francisco: Editorial. Penguin Books.
- De Simone, G. (2001) *Los cuidados paliativos*, www.pallium.org, Abril 05 de 2006.
- Derek, D. (2000) *Domiciliary Terminal Care*. Londres: Editorial Churchill Livingstone.
- Domingo, M. (1993) *Nacer y morir con dignidad- bioética*. Buenos Aires: Editorial. Basso O.P 3ª Edición ampliada. 447

- Doyle, D. (1987) *Domiciliary Terminal Care*. Edinburgh: Editorial Churchill- Livingstone. 69-80
- Dworkin, R.M. (1994) *El dominio de la vida: una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual*. Barcelona: Editorial Ariel. 94
- España de Puy, C. & Dovitch, D. (1997) *The Healing Choice*. USA: Editorial Fireside. 237
- Farfan, F. (1996) *Eutanasia, derechos humanos y ley penal un estudio sobre el derecho a disponer de la vida propia*. Bogota: Editorial. Jurídicas Gustavo Ibáñez. 58-69.
- Farell, J. (1953) *El derecho del paciente a morir*. Londres: Extraído de la red www.bioetica.org/bioetica/mono37.htm Febrero 22, 2006
- Fletcher, J. (1951) *La Moral Y la Disciplina*. Extraído de la red www.bioetica.org/bioetica/mono37.htm Febrero 22, 2006
- Fletcher, J. (1954) *La Moral Y la Medicina*. Extraído de la red www.bioetica.org/bioetica/mono37.htm Febrero 22, 2006
- Herranz, G. (1999) *Eutanasia y dignidad del morir*. Navarra: Universidad de Navarra. 10.
- Humphry, D. & Wickett, A. (1989) *El derecho a morir: Comprender la eutanasia*. Barcelona: Editorial TusQuets. 105-118
- Kaye, P. (1990). *Symptom Control in Hospice and Palliative Care*. USA: Hospice Education Institute.
- Lamerton, R. (2003). *Care of the dying*. Jacksonville: Editorial Pelican. 205-208
- Leick, N. & Davidsen, N. (1991) *Healing Pain*. Londres. 177.
- Miller, D. Weber, J & Green J. (2004) *The Management of AIDS Patients*. Londres: Editorial Macmillan.
- Miller, R & Bor, R. (2001) *AIDS: A Guide to Clinical Counseling*. Londres: Editorial Sci Press.

- Monge, F. (1989) *¿Eutanasia?: sentido de la vida, del dolor y de la muerte*. Madrid: Editorial Palabra. 89-100
- Montt, J. (1995) *La bioética: la calidad de vida en el S XXI*. Bogota: Escuela colombiana de medicina 9-25
- Neimeyer, R. (2000) *Aprender de la Pérdida*. España: Editorial Paidós. 268.
- Parkes, C. (2001) *Bereavement: Studies of Grief in Adult Life*. Nueva York: International Universities Press
- Pincus, L. (2002) *Death and the Family*. Washington: Editorial Faber and Faber
- Pollard, B. (1991) *Eutanasia: ¿Debemos matar a los enfermos terminales?* Madrid: Editorial Rialp. 25
- Reichel, W. & Dyck, A.J. (1990) *La Eutanasia: un dilema moral contemporáneo*. España: Editorial Española. 255-256.
- Saunders, C. (2005) *The Management of Terminal Malignant Disease*. Londres: Editorial Edward Arnold
- Sherrv, L. & Fellow C. (1992) *Agonia, Muerte y Duelo*. México: Editorial El manual moderno. 92
- Torres, J.O. (2001) Código Penal Colombiano LEY 599 de 200. Bogota: Editorial TEMIS. 58-59
- Twycross, R.G. & Lack, S.A (2004) *Therapeutics in Terminal Cancer*. Londres: Editorial Pitman.
- Wilkinson, J. (1991). *The Ethics of Communication in Palliative Care*. USA: Palliative Medicine.
- www.bioetica.org/bioetica/mono37.htm Abril 10 de 2006
- Voluntary Euthanasia Society of Scotland. Index and Glossary.
- En: http://www.euthanasia.org/a_z.html. Abril 08 de 2006

Voluntary Euthanasia Society Scotland. <http://www.euthanasia.org/wfmap.html>. Abril 10 de 2006

<http://www.intermedicina.com/Publicaciones/Pub-02.htm> Abril 05 de 2006

<http://www.muertedigna.org/textos/euta273.htm> Abril 12 de 2006

<http://www.muertedigna.org/textos/euta263.htm> Abril 12 de 2006

<http://www.muertedigna.org/textos/euta216.html> Abril 12 de 2006

<http://www.muertedigna.org/textos/euta218.html> Abril 12 de 2006

<http://www.pallium.org/> Abril 05 de 2006

ERGO, Euthanasia Research and Guidance Organization. Glosary. Accesible a través de <http://www2.privatei.com/hemlock/geninfo.html>.

Guía de cuidados paliativos, SECPAL, Sociedad Española de Cuidados Paliativos, www.secpal.com Mayo 18 de 2006

<http://www.unav.es/cdb/secpal3.html> Mayo 18 de 2006

www.unav.es/cun/html/noticias/n244.html Mayo 18 de 2006

<http://es.wikipedia.org/wiki/Eutanasia> Mayo 25 de 2006

