



Universidad
de Navarra



CUIDADOS PALIATIVOS, ¿ALTERNATIVA AL SUICIDIO ASISTIDO?

- Blanca Die Pons
- Clara Lucas Cardós
- Marta Ricarte Chordá
- María Rodríguez García

Directoras:

- Esther Galdón Salvador
- Carmen Sánchez Sus

Colegio de Fomento Vilavella (Valencia)

1º BACHILLERATO

Cuidados paliativos, ¿alternativa al suicidio asistido?

ABSTRACT

En el presente trabajo se pretende estudiar a fondo la cuestión sobre la eutanasia o suicidio asistido y su vinculación con los cuidados paliativos. Atendiendo a la problemática actual que esta realidad presenta, queremos estudiar si pueden o no plantearse estos últimos como una alternativa a la eutanasia.

Es nuestra intención desarrollar este trabajo de manera que ya sólo su lectura pueda servir de ayuda al paciente en un trance tan difícil, así como para resolver si es posible dar una alternativa a la eutanasia de un modo científico.

Para llevar a cabo esta investigación nos basaremos en la revisión bibliográfica de artículos científicos. A partir de ellos profundizaremos en los argumentos que llevan al suicidio asistido, introduciremos el concepto de “deseo de muerte anticipada” y analizaremos la práctica de los cuidados paliativos. Junto con artículos y con la ayuda del centro de cuidados paliativos Laguna, al que hemos visitado, daremos respuesta a nuestra hipótesis.

PALABRAS CLAVE: Eutanasia, Suicidio asistido, Cuidados paliativos, Deseo de Muerte Anticipada (DMA), alternativa, sufrimiento

ÍNDICE

ABSTRACT

1. INTRODUCCIÓN	3
1.1 JUSTIFICACIÓN	4
1.2 HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	6
2. METODOLOGÍA	7
3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS	8
3.1 Eutanasia	8
3.1.1 Suicidio asistido	8
3.2 Deseo de muerte anticipada	9
3.3 Cuidados Paliativos	10
4. ARGUMENTOS DE DEFENSA DEL SUICIDIO ASISTIDO	11
4.1. Argumentos personales del enfermo terminal	11
4.2. Factores sociales que afectan al enfermo terminal	12
5. LOS CUIDADOS PALIATIVOS COMO RESPUESTA AL SUFRIMIENTO EXTREMO	13
6. APLICACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS	17
7. DISCUSIÓN	18
8. CONCLUSIONES	20
9. BIBLIOGRAFÍA	21

1. INTRODUCCIÓN

La eutanasia fue un problema en aquellas sociedades primitivas en que se practicaba la eliminación de vidas consideradas inútiles. (Franjo,1993), bien considerado, deberíamos decir que realmente, para esas sociedades no fue un problema, sino una solución, dicha costumbre estuvo admitida respecto a los recién nacidos con malformaciones, llamada *eugenesia*, 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 una dificultad al pretender su legalización. (Franjo, 1993)

Para Lain Entralgo: “Un hombre enfermo, está atenazado por el dolor, la soledad, la muerte, las pérdidas progresivas de control de todo tipo, tanto sobre el entorno físico como sobre sus funciones motoras, fisiológicas, intelectuales y emocionales” (Lain Entralgo, 1984)

El manejo de los síntomas de cualquier enfermedad grave o dolorosa es difícil. Sin embargo, hay cuidados especiales disponibles para ayudarlo a sentirse mejor inmediatamente. Se llaman cuidados paliativos. (Grady, 2011)

¿Sería suficiente la aplicación de cuidados paliativos como alternativa del suicidio asistido? Con la finalidad de responder a esta pregunta se ha realizado el presente trabajo de investigación.

1.1 JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo tiene su origen en las jornadas de defensa de los trabajos de investigación del Proyecto Excellence del año pasado. Fue a raíz de una de las críticas que el tribunal hizo a un grupo de nuestro colegio. Estudiaron de manera bibliográfica los cuidados paliativos en enfermos de cáncer de pulmón y la crítica fue: “un excelente trabajo de revisión de artículos pero escasa labor de reflexión para el enfermo”. Este es precisamente el planteamiento de nuestro trabajo: una reflexión que ayude a dar sentido al sufrimiento en esos momentos tan complicados.

Puesto que las cuatro integrantes del equipo tenemos la intención de estudiar la carrera de Medicina, buscábamos, en la medida de nuestras posibilidades actuales, hacer nuestra primera aportación al paciente. La pretensión es realizar un estudio con rigor científico, pero sencillo de leer que sirva, incluso a personas en esta situación, a dar luz en momentos de tanta oscuridad.

Vimos reflejada esta actitud en la protagonista del libro “Llenaré tus días de vida” de Anne-Dauphine Julliand, que debe ayudar a su hija a sobrellevar el sufrimiento provocado por una extraña enfermedad degenerativa por la que no vivirá mucho más tiempo. Su objetivo es “llenar sus días de vida, ya que no puede llenar su vida de días”. De aquí nació nuestro interés por el estudio de los cuidados paliativos que comparten este mismo objetivo.

Además conocíamos la novela “Antes de ti” de Jojo Moyes, llevada al cine en el año 2016 por la directora Thea Sharrock. Al ver esta película fue definitivo el establecimiento de nuestro estudio sobre el sentido del sufrimiento que decidimos que sería el tema principal del presente trabajo. Puesto que es una película reciente, queda claro que estamos ante un tema actual y de alto interés social.

Will Traynor es un apuesto joven que tras un accidente se queda tetrapléjico. Para Will la única opción ante esta “desgracia” es el suicidio, a pesar del optimismo de Louisa, una joven a quien decide contratar como su asistente personal y con la que vive un intenso romance. Louisa logra que Will comprenda que la vida es algo que merece la pena vivir, sin embargo Will optará por su opción ya que piensa que no puede llevar una vida así, que sabe que podría ser buena pero no para él puesto que le encantaba su vida de antes y piensa que no podría conformarse con eso. Además su amor hacia Lou, le lleva a pensar que le hará sufrir a ella, no quiere que se pierda todas las cosas que otro podría darle, además de tener en cuenta que no se puede ayudar a quien no quiere ser ayudado.

Cuidados paliativos, ¿alternativa al suicidio asistido?

En la película está muy presente el llamado derecho humano de la autodeterminación por parte de todos (derecho a elegir el momento de la muerte): El padre de Will está dispuesto a ver a su hijo quitarse la vida en un centro clínico ya que piensa que es mejor estar con él ese día y darle su apoyo y amor que ver cómo se la quita él mismo en un intento de suicidio. “Es su decisión, lo que él quiere, ya sabes cuánto está sufriendo”; El médico también se muestra firme ante este criterio: “Es su elección, no puedo juzgar lo que quiere hacer [...] yo quiero que viva, pero solo si él quiere”. Por último Louisa creía que le haría cambiar de opinión pero Will afirma todo lo contrario, con lo que ella piensa que es un egoísta. Le ha abierto su corazón completamente y todo lo que le dice es “no”, y además pretende que vaya con él y le vea hacer lo peor que podría imaginarse.

Parece que el querer quitarse la vida va en contra del sentido de supervivencia, entonces ¿qué les lleva a ello?, ¿cuáles son las valoraciones de las personas para pedir tal derecho?, ¿por qué no puedo quitarme la vida si es mía? ¿qué es lo que lleva, a las personas que se amparan en este derecho, a pensar que su vida no vale para nadie, es más, sentirse un estorbo?, ¿por qué no me dejan morir?

Nos gustaría dar respuesta positiva a estas preguntas. Nuestro trabajo consiste en conocer si los cuidados paliativos son una alternativa al suicidio asistido. Lo haremos tomando como referencia y punto central del discurso, la consideración del sufrimiento extremo.

1.2 HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

HIPÓTESIS

Se podría plantear los cuidados paliativos como una alternativa al suicidio asistido en situaciones de enfermedad terminal.

OBJETIVO GENERAL

Encontrar los argumentos que puedan servir para fundamentar que los cuidados paliativos son una solución al problema de la eutanasia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. El primer objetivo del presente trabajo es analizar las causas que llevan al enfermo terminal a querer el suicidio asistido.
2. En segundo lugar, estudiar si los cuidados paliativos responden a esas causas y si se da en la realidad.
3. En tercer lugar, estudiar si los cuidados paliativos se pueden plantear como una alternativa al suicidio asistido.

2. METODOLOGÍA

El modo de abordar el presente estudio tendrá una doble vertiente: bibliográfica y experimental.

- En cuanto al análisis bibliográfico, en primer lugar, se realizará un estudio bibliográfico de artículos científicos que traten sobre la eutanasia y los cuidados paliativos. En segundo lugar, se realizará un estudio de artículos científico-filosóficos que tratan sobre aspectos humanos relacionados con la eutanasia y cuidados paliativos.
- En cuanto a la parte experimental se realizará un estudio práctico de los cuidados paliativos mediante la visita a una clínica especializada.

3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

El primer cometido, será definir los conceptos de las que se van a tratar.

3.1 Eutanasia

Son las acciones realizadas por otras personas, a petición expresa y reiterada de un paciente que padece un sufrimiento físico o psíquico como consecuencia de una enfermedad incurable y que él vive como inaceptable, indigna y como un mal, para causarle la muerte de manera rápida, eficaz e indolora.

Estas acciones se hacen pues en atención a la persona y de acuerdo con su voluntad y con el fin de poner fin o evitar un padecimiento insoportable. (Sánchez & Romero, 2006)

Hoy más estrictamente, se entiende por eutanasia el llamado homicidio por compasión, es decir, el causar la muerte de otro por piedad ante sus sufrimientos o atendiendo a su deseo de morir por las razones que fuere. (Franjo, 1993)

Por consiguiente llamaremos eutanasia a la actuación cuyo objetivo es causar la muerte a un ser humano para evitarle sufrimiento, bien a petición de éste, bien por considerar que su vida carece de la calidad mínima para que merezca el calificativo de digna(Franjo, 1993).

Así considerada, la eutanasia siempre es una forma de homicidio, pues implica que un hombre da muerte a otro, ya mediante un acto positivo, ya mediante la omisión de la atención y cuidados debidos (Franjo, 1993).

3.1.1 Suicidio asistido

Es la acción de una persona, que sufre una enfermedad irreversible, para acabar con su vida, y que cuenta con la ayuda de alguien más que le proporciona los conocimientos y los medios para hacerlo. Cuando la persona que ayuda es el médico, hablamos de suicidio médicamente asistido. (Sánchez & Romero, 2006)

Una modalidad común de esta práctica es la de darle al paciente una medicina a fin de que éste tome, por sí mismo, una dosis mortal. Los partidarios de la eutanasia, en su estrategia por legalizarla, buscan implantar primero el “suicidio asistido”, aprovechando que esta práctica genera menos rechazo en la opinión pública. Con esta expresión muchas veces se pierde de vista que el daño que alguien puede hacerse a sí mismo —y en particular el atentar contra su propia vida— es algo intrínsecamente malo que debe ser evitado; y también que

proteger a las personas de sí mismas cuando, por algún motivo, atentan contra su vida o su salud es una grave obligación. (Ráez, 2011)

3.2 Deseo de muerte anticipada

Al hilo de la investigación sobre estos dos conceptos ya definidos, hemos descubierto la existencia de otro que hasta el momento desconocíamos y que sin embargo ha sido un gran hallazgo en nuestro trabajo, puesto que nos ha abierto una línea de investigación que ha supuesto de gran ayuda para el objetivo que buscábamos. A continuación, pasamos a definirlo:

El DMA en pacientes con procesos avanzados de enfermedad es un fenómeno reactivo a la presencia de un sufrimiento físico, psíquico y espiritual, y no un objetivo en sí mismo. Esto quiere decir que el deseo de muerte anticipada es un estado natural en pacientes terminales cuyo fin no es acabar con su vida, sino con su sufrimiento. (Monforte, 2011)

Los principales factores que se han relacionado con DAM pueden agruparse en las siguientes áreas:

- a) Síntomas físicos.
- b) Distrés psicológico.
- c) Factores sociales.
- d) Sufrimiento existencial.

Un estudio realizado sobre el DMA nos muestra que esta actitud está condicionada por instancias psicológicas ligadas al sufrimiento, no suficientemente exploradas hasta el momento. Particularmente, una de estas dimensiones fundamentales sería el Sentido de la Vida, según la perspectiva de Frankl, para cuya evaluación se ha estudiado y validado al español el instrumento de medida SMiLE (Schedule Meaning in Life Evaluation). Este estudio concluyó que es necesario mejorar el acompañamiento y cuidados de nuestros enfermos cercanos al final de su vida mediante las unidades de cuidados paliativos (Monforte, 2011).

Otro estudio a destacar es el publicado en un estudio en *The American Journal of Psychiatry*, demuestra que la relación del DMA con depresiones clínicas puede disminuir con el tiempo. (Anon., 2006)

3.3 Cuidados Paliativos

Los cuidados paliativos son una atención que se ofrece a aquellas personas que sufren una enfermedad terminal los cuidados tanto físicos como psíquicos necesarios para que el paciente pueda disfrutar de las mejores condiciones en los últimos momentos de su vida.

Su meta es prevenir y aliviar el sufrimiento y mejorar su calidad de vida (Grady, 2011) y preservar la mejor calidad de vida posible, hasta el final (SECPAL, 2010)

En cierto sentido aportan un ofrecimiento más integral del concepto de CUIDAR cubriendo las necesidades del paciente (Vianorte-Laguna, 2013). Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal; ni la aceleran, ni la retrasan. Su objetivo es preservar la mejor calidad de vida posible, hasta el final. (SECPAL, 2010) No reemplazan el tratamiento primario, sino que contribuyen al tratamiento primario que recibe. (Grady, 2011).

Se realizan a través de cuatro elementos básicos: una buena comunicación, un control adecuado de los síntomas, diversas medidas para aliviar o atenuar el sufrimiento, dar apoyo a la familia antes de la muerte y durante el proceso del duelo. (Astudillo, Orbegozo, & Latiegi, 2003)

4. ARGUMENTOS DE DEFENSA DEL SUICIDIO ASISTIDO

Una vez delimitados los conceptos objeto de nuestro estudio, nos metemos de lleno en el análisis del origen, tanto histórico como causal de la eutanasia: desde cuándo ha sido legalizado el suicidio asistido en los diversos países en orden cronológico y también los diversos argumentos que llevan a desearlo o defenderlo.

El ahora llamado suicidio asistido, entonces eutanasia, se legalizó por primera vez en Suiza en el año 1918. El Estado de Oregón le siguió en el año 1997. En 2002 Holanda y Bélgica se unieron y Luxemburgo en 2008. Montana y Washington en 2009 y Vermont en 2013. En 2012 murieron más de 5000 personas en estos países en los que esta práctica está legalizada. Cabe destacar el caso de Holanda: el suicidio asistido significa el 7,8% de las muertes en este país (Aznar, 2015).

Entre los argumentos que destacamos como causantes de este modo de pensamiento distinguimos: factores personales, que afectan al enfermo terminal y factores sociales que intervienen en la decisión, pero aún podríamos sintetizarlos más y organizarlos en 4 grandes grupos atendiendo al motivo real que subyace en cada uno de ellos. Estaríamos hablando entonces de:

4.1. Argumentos personales del enfermo terminal

- a. Una necesidad de libertad en la elección de terminar con esa situación que se percibe como traumática e imposible: el suicidio asistido responde más bien al nuevo derecho humano de la autodeterminación, un derecho supremo que responde a la llamada “ética de la autonomía” o derecho humano de autodeterminación (Cierva & Ivereigh, 2016), que podría resumirse en la pregunta: ¿quién tiene derecho a impedírmelo?

Defienden que la persona debe ser el primero y único juez que decida cuándo ha llegado la hora de morir y que todos aquellos que se sientan una carga para su familia o para la sociedad, deben ser liberados de ese sentimiento. De hecho, el informe anual del Departamento de salud del Estado de Washington sobre su propia ley de suicidio asistido, refleja que el 61% de los que lo recibieron en 2013 reconocieron “sentirse una carga para los familiares, amigos y cuidadores” (Cierva & Ivereigh, 2016).

- b. Una necesidad de huida del sufrimiento. Como dijo Juan Pablo II: “la gran dignidad del hombre se confirma de modo especial en el sufrimiento” (Salvifici doloris, 1984). Existe un gran miedo al dolor físico a pesar de la avanzada medicina paliativa (Cierva & Ivereigh, 2016). ¿Para qué pasar ese “mal trago” pudiendo evitarlo?

4.2. Factores sociales que afectan al enfermo terminal

- a. Una falta de sentido del sufrimiento y por tanto de la vida presente. Se desarrollan en el paciente una serie de sentimientos causados por la manera de percibir su relación con el entorno. Éstos son:
 - i. De soledad debido a la poca atención que reciben por parte de sus familias. Son muchos los que mueren en el hospital, rodeados de aparatos y generalmente solos (Cierva & Ivereigh, 2016). ¿Para qué seguir viviendo si no le importo a nadie?
 - ii. De inutilidad. En los países ricos la vida gira entorno al éxito y al poder y coincide que en éstos es donde más casos de suicidio asistido se dan. La pregunta que se vivencia es, ¿para qué seguir viviendo, si ya no sirvo de nada, ni apporto nada a la sociedad? (Cierva & Ivereigh, 2016).
- b. Por último, un sentimiento de compasión respecto al enfermo terminal abrumado por sus dolores y que no quiere seguir viviendo. (Cierva & Ivereigh, 2016).

Observamos sobre lo estudiado que en definitiva, el problema que subyace en cada uno de los argumentos es un sufrimiento extremo del que no se sabe/puede reaccionar positivamente y que encuentra en la muerte la única solución.

5. LOS CUIDADOS PALIATIVOS COMO RESPUESTA AL SUFRIMIENTO EXTREMO

Partiendo de estos 4 aspectos que sólo parecen encontrar la eutanasia como solución, estudiaremos el concepto de sufrimiento para tratar de demostrar que la muerte no es la solución única para afrontarlo. Lo haremos atendiendo a estos cuatro grandes motivos que previamente hemos descrito procurando seguir el mismo orden.

Lo primero será definir el concepto base al que vamos a atender como observábamos en el apartado anterior: el sufrimiento.

Según la RAE significa: “padecimiento, dolor, pena”, “paciencia, conformidad, tolerancia con que se sufre algo”.

Más profundamente podemos decir que el sufrimiento es un dolor físico o moral ante el cual no podemos hacer nada, solo encontrarle sentido. Pero no es un dolor físico o moral cualquiera, sino un dolor tal, que condena a la pasividad a quien lo padece. Se trata de una situación de impotencia que pide una actitud de serenidad, de aceptación de lo que no se puede cambiar. (García-Morato, 1999).

Y es este concepto del que partimos para argumentar cómo tratan de darle respuesta los cuidados paliativos.

1. DERECHO HUMANO DE LA AUTODETERMINACIÓN

Derecho humano de la autodeterminación es indiscutible. En la medida en que hacemos un uso responsable de la libertad alcanzamos el derecho de autonomía. (Álvarez, 2011)

Actualmente, existe en nuestra sociedad un auge del derecho humano de la autodeterminación reflejado en la creciente reclamación del suicidio asistido, por encima de cualquier otra consideración ética, y por la que la muerte ya no es elemento de vida corriente. (Cierva & Ivereigh, 2016)

“¿Qué es, pues, el hombre? Seguimos preguntando. Es un ser que siempre decide lo que es. Un ser que alberga en sí la posibilidad de descender al nivel de un animal o de elevarse a una vida acendrada. El hombre es ese ser que ha inventado la cámara de gas; pero es también ese ser que caminó en dirección a esas cámaras de gas en actitud erguida o rezando el Padre nuestro o con la oración judía de los agonizantes en los labios”. (Frankl, El hombre doliente, 1983)

El hombre no se limita a ser, sino a decidir lo que quiere ser, puesto que es libre, capaz de decidir y la libertad no radica en la ausencia de condicionamiento, sino en la actitud que

toma hacia ella. Y en tal decisión radica la cuestión del sentido, y en concreto el sentido del sufrimiento, que no se da, pero tampoco se inventa; se descubre. (Frankl, La voluntad de sentido, 1991)

Podríamos decir, por tanto, que la autodeterminación que poseemos tiene sentido si es para reaccionar en una u otra dirección, no para terminar para siempre con nuestra capacidad de autodeterminarnos.

2. ACTITUD ANTE EL SUFRIMIENTO

Las personas no buscamos sufrir, de hecho, todo lo contrario, lo evitamos, y sin embargo no siempre lo conseguimos. Entonces, los hombres vemos ese sufrimiento como un obstáculo. Tenemos miedo a no ser felices. No necesitamos hacer un trabajo de investigación para darnos cuenta de que todos los hombres tenemos como finalidad última en nuestras vidas encontrar la felicidad plena, y es por este enfoque negativo que damos al sufrimiento, que en el momento en el que nos topamos con él, dejamos de ser felices y por tanto de verle el sentido a la vida.

Pero entonces, ¿es realmente incompatible la felicidad con el sufrimiento? “Sufrirás mucho, pero encontrarás tu felicidad en los mismos sufrimientos” (Dostoyevski, 1880). La actitud y no el sufrimiento, es el verdadero obstáculo que nos impide avanzar.

Por tanto, y bajo este mismo prisma, la actitud que no sólo no alivia o elimina sino que incrementa el sufrimiento, es la falta de aceptación del mismo. De nuevo, no son las limitaciones externas, sino es la actitud lo que nos delimita. Es decir, todo depende de la actitud general que uno toma ante los problemas: si los sitúa dentro de su alcance y los acomete, o si, por el contrario, tiende a despejarlos fuera para luego lamentarse de no poder resolverlos. Se trataría, por tanto, de cambiar el enfoque con el que se ven los problemas. (García-Morato, 1999).

“El cómo se sobrelleva un sufrimiento ineludible, encierra ya un sentido del sufrimiento (...). El sufrimiento que parece no tener sentido, lleva a la desesperación.” (Frankl, La voluntad de sentido, 1991). “Tal y como estoy acostumbrado a proclamar, la desesperanza puede ser explicada en términos de una ecuación matemática: $D=S-P$. ¿Qué significa? Desesperanza es sufrimiento sin propósito. En la medida en que un individuo no pueda ver, no pueda encontrar ningún propósito en su sufrimiento estará proclive a la desesperanza y bajo ciertas condiciones el suicidio. Pero el momento en el que puedan ver un sentido en su sufrimiento, pueden moldearlo en un logro.” (Frankl, Entrevista al Dr. Frankl sobre el sentido de la vida)

3. SENTIDO DEL SUFRIMIENTO Y DE LA VIDA

“El interés principal del hombre, es el de encontrar un sentido a la vida, razón por la cual el hombre está dispuesto incluso a sufrir a condición de que este sufrimiento tenga un sentido.” (Frankl, *El hombre en busca del sentido*, 1979)

En el año 2014 se realizó una encuesta a 30 pacientes que cumplían criterios de enfermedad terminal: 27 de ellos ingresados en el HACLE Pare Jofré de Valencia y los 3 restantes atendidos a domicilio por su médico de familia. Se administró a los pacientes un cuestionario cerrado con 12 variables para explorar el grado en el que los distintos aspectos del cuidado y del apoyo al final de la vida son importantes para ellos. Los resultados fueron que la variable más valorada por los enfermos corresponde con “Transmitir a los míos cuánto les quiero y lo importantes que son para mí”. (Campos, Planes, & Sanz, 2014)

Este estudio nos demuestra, que como se expone en la semblanza de Víctor Frankl, realizada en el libro “Cuando el mundo gira enamorado” de Rafael de los Ríos, “la salvación de la persona está en el amor”: el verdadero sentido de nuestro de nuestro sufrimiento reside en el amor, recíproco, hacia nuestros seres queridos.

Víctor Frankl nos enseña a sufrir por amor, en el lugar de un ser querido. Cuando amamos de verdad no nos importa sufrir en el lugar de esa persona, cargaríamos con todos sus dolores si estuviera en nuestras manos. De hecho muchas personas superan ese sinsentido porque han amado mucho, han amado de verdad y solo un amor muy grande es capaz de unir, de recomponer los trozos dispersos. Por ello el amor es un fuerte apoyo del sentido del sufrimiento, es más, todo amor verdadero lo implica. Y ese tiene que ser el motor de nuestra actitud, el motivo para tomar las decisiones. (García-Morato, 1999)

Como decía el filósofo Nietzsche: “Quien tiene algo porqué vivir, es capaz de soportar cualquier cómo”.

Todos los hombres tendríamos que ser capaces de encontrar ese sentido, cualesquiera que sean nuestras creencias porque ni siquiera la fe nos capacita para no sufrir, no quita el sufrimiento, pero sí ayuda a gestionarlo. Unos encuentran a Dios en la queja, y otros, no. Unos encuentran sentido a lo que está sucediendo, y otros se desmoronan ante la falta de sentido. Y cabe destacar que encontrar sentido al sufrimiento ennoblece a la persona, la hace más digna, da unidad y madurez, otorga una grandeza de corazón que solo tienen quienes han sufrido mucho y han salido airoso del intento, esa sensación de entrenar duro todos los días y llegar a conseguir la medalla de oro en el campeonato. Por ello no debemos olvidar que todas las

Cuidados paliativos, ¿alternativa al suicidio asistido?

grandes religiones intentan dar sentido a la vida y, por tanto, al mayor de los sinsentidos de la existencia, al sufrimiento porque el sentido no se conquista, sino que se recibe, se descubre y se acepta libremente. (García-Morato, 1999)

4. VERDADERO SIGNIFICADO DE LA COMPASIÓN ANTE EL SUFRIMIENTO

Son estos efectos de la enfermedad los que despiertan en el paciente la actitud suicida. Sólo el hecho de utilizar los términos “eutanasia” y “compasión” juntos, resulta de por sí, contradictorio, ya que, la compasión se origina como una respuesta empática al sufrimiento, como un proceso racional que persigue el bienestar de los pacientes, a través de acciones éticas específicas dirigidas a encontrar una solución a su sufrimiento. Por lo tanto, definimos el término compasión como la sensibilidad que se muestra para comprender el sufrimiento de otra persona, junto con la voluntad de ayudar y promover el bienestar de esa persona, a fin de encontrar una solución a su situación. (Pérez-Bret, Rocafort, & Altissent, 2016)

6. APLICACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Es ahora, y llegados a este punto del estudio, cuando se hace necesario comprobar que existen centros donde estos argumentos se tienen en cuenta de manera práctica, lo que hará mucho más real nuestra argumentación. Por eso hemos querido desplazarnos para conocer in situ el funcionamiento de dos clínicas, Laguna en Madrid y La asociación Viktor E. Frankl del IVO en Valencia.

En primer lugar, hemos estado investigando sobre la Asociación Viktor E. Frankl, fundada en Valencia en 2001. Su objetivo principal es atender a sus pacientes en fases terminales o en casos de sufrimiento extremo, para ayudarlos y orientarlos a encontrar su sentido en la vida. Una necesidad, que como ya hemos explicado, fundamental del ser humano. Cuenta con la ayuda de médicos, psicólogos, enfermeros, abogados... que presta asistencia gratuita mediante un servicio de orientación y grupos de ayuda mutua.

En Segundo lugar, acudimos a la Clínica Laguna en Madrid. A los enfermos se les aplican los cuidados paliativos por aspectos físicos, psicoemocionales, sociales y por último espirituales. En cuanto a los aspectos físicos, que en general suelen ser la primera causa de ingreso, los cuidados paliativos controlan los síntomas. Con respecto a los aspectos psicoemocionales, son los psicólogos los que se encargan de observar cómo vive el paciente la enfermedad. También, se da los aspectos sociales, en los cuales se atiende cómo repercute la enfermedad tanto al paciente como a los familiares. Y por último, los aspectos espirituales, enfocan la vida trascendente del paciente y si necesita alguna ayuda. Cabe destacar que los médicos emplean diferentes métodos para la evaluación del dolor en la práctica clínica cotidiana, como por ejemplo la EVA (Escala Visual Analógica) (Cassinello, 2005). En general la clínica Laguna , ayuda al paciente a encontrar un sentido a su sufrimiento, a llevarlo a todas sus dimensiones. Y el paciente se encuentra en un entorno de cariño y puede elegir libremente cada uno de lo anterior así como su estancia en la clínica. Esto nos demuestra que actualmente existen asociaciones que llevan a la práctica todo lo citado en el punto 5.

7. DISCUSIÓN

Una vez analizadas nuestras reflexiones, pasamos a discutir nuestra hipótesis: si realmente los cuidados paliativos pueden plantearse como alternativa al suicidio asistido. Para ello comenzaremos definiendo este término.

“Alternativa”: capaz de alternar con función igual o semejante; cada una de las cosas entre las cuales se opta. (RAE, 2017)

Utilizaremos el siguiente cuadro para facilitar el seguimiento de la discusión.

	EUTANASIA	DESEO DE MUERTE ANTICIPADA	CUIDADOS PALIATIVOS
DEFINICIÓN	Es la acción de una persona, que sufre una enfermedad irreversible, para acabar con su vida, y que cuenta con la ayuda de alguien mas que le proporciona los conocimientos y los medios para hacerlo. (Sánchez & Romero, 2006)	Es un estado natural en pacientes terminales cuyo fin no es acabar con su vida, sino con su sufrimiento (Monforte, 2011)	Atención que se ofrece a aquellas personas que sufren una enfermedad terminal los cuidados tanto físicos como psíquicos
FINALIDAD	Acabar con la vida del paciente que está sufriendo	Acabar con el sufrimiento	Proporcionar al paciente los cuidados necesarios
ARGUMENTOS	1. Eutanasia piadosa (compasión)		1. Verdadero significado de compasión
	2. Visión pragmática de la vida		2. Actitud
	3. Sufrimiento innecesario		3. Sentido del sufrimiento
	5. Derecho humano de la autodeterminación		5. Derechos humanos
	6. Existencia del sufrimiento extremo		
MÉTODO	Matar ←	→	Ayudar a gestionar el sufrimiento En el centro de cuidados paliativos Laguna atiende el: ·Aspecto físico ·Aspecto psicoemocional ·Aspecto social ·Aspecto espiritual En la Asociación Viktor E. Frank: ·Acompañar, ayudar, escuchar y orientar al paciente a lo largo de su enfermedad para descubrir el sentido de su sufrimiento

El análisis de los argumentos de defensa del suicidio asistido y de la aplicación de los cuidados paliativos nos ha conducido a la siguiente reflexión que da respuesta a la hipótesis formulada.

Podemos observar que tanto sus definiciones como el fin de cada una de ellas, se refieren a acciones distintas.

Cuidados paliativos, ¿alternativa al suicidio asistido?

En primer lugar, la eutanasia es acabar con la vida del paciente para evitar que siga sufriendo.

En segundo lugar, el deseo de muerte anticipada, como bien indica su nombre, es tan solo una exhortativa a acabar con el sufrimiento que atormenta al paciente.

Y por último, los cuidados paliativos pretenden ayudar a gestionar el sufrimiento y ofrece al paciente la mejor calidad de vida posible en sus últimos momentos.

Dado que no tienen la misma esencia ni comparten el mismo fin, en estos aspectos, no podría hablarse de alternativa.

Por otro lado, y en cuanto al paciente y/o su entorno en situación de sufrimiento extremo que lleva a desear la muerte, el estudio de argumentos que defienden la eutanasia son los mismos que en la situación de deseo de muerte anticipada. Y pueden ser respondidos por los argumentos analizados a favor de los cuidados paliativos. Además hemos comprobado que, en la práctica de los mismos se realizan cubriendo esos argumentos. Lo hemos expresado en el cuadro haciendo una relación de colores.

Finalmente, comparando el método de procesamiento de la eutanasia y los cuidados paliativos, la eutanasia se lleva a cabo mediante el acto homicida de matar, mientras que los cuidados paliativos tratan distintos aspectos de la persona, citados a lo largo del trabajo, para ayudar a gestionar su sufrimiento. Puesto que el deseo de muerte anticipada es un estado mental del paciente, no se lleva a cabo ninguna acción, sino que podemos entenderlo como un tiempo de incertidumbre en el que el paciente debe reflexionar sobre la solución que poner a su situación de sufrimiento extremo. Analizado desde este punto de vista, el paciente puede, o bien, optar por el suicidio asistido, o bien contar con la ayuda de la medicina paliativa para sobrellevar ese peso de la mejor manera posible hasta el momento de su muerte, por lo que sí que podemos hablar de alternativa.

8. CONCLUSIONES

La información recogida en nuestra revisión bibliográfica y nuestra experiencia en el centro clínico de cuidados paliativos, nos ha permitido llegar a las siguientes conclusiones

1. Los cuidados paliativos dan respuesta a las causas que llevan al enfermo terminal a querer el suicidio asistido.
2. Los cuidados paliativos no pueden ser una alternativa al suicidio asistido, pero sí podrían plantearse como alternativa al momento de deseo de muerte anticipada.

9. BIBLIOGRAFÍA

Álvarez, H. M. (2011). “La autonomía: principio ético contemporáneo”, *Revista colombiana de ciencias sociales*.

Astudillo, W., Orbegozo, A., & Latiegi, A. (2003). *Cuidados paliativos en enfermería*. (S. V. paliativos, Ed.)

Aznar, J. (2015). *Observatorio de bioética, universidad católica de Valencia*. Obtenido de <http://www.observatoriobioetica.org/2015/01/eutanasia-y-suicidio-asistido-algunos-datos/6175>

Campos, C. C., Planes, V. C., & Sanz, R. N. (2014). *science direct*. Obtenido de <file:///C:/Users/Vicky/Downloads/Sentido%20de%20dignidad%20al%20final%20de%20la%20vida%20una%20aproximacio%CC%81n%20empi%CC%81rica%20%E2%98%86%20%E2%80%94%20ScienceDi.pdf>

Casinello, J. (2005). *Dolor oncológico*. Universidad de Salamanca.

Cierva, Y. d., & Ivereigh, A. (2016). *Cómo defender la fe sin levantar la voz*. Madrid: Palabra.

Dostoyevski, F. (1880). *Los hermanos Karamazov*.

Franjo. (1993). *Eutanasia*.

Frankl, V. (1979). *El hombre en busca del sentido*.

- (1983). *El hombre doliente*. Herder.

- (1991). *La voluntad de sentido*. Herder .

- (s.f.). Entrevista al Dr. Frankl sobre el sentido de la vida.

García-Morato, J. R. (1999). *Sentido humano del sufrimiento. Alcance y límites*. Obtenido de <http://dadun.unav.edu/handle/10171/2390>

Grady, P. A. (Septiembre de 2011). *National Institute of Nursing Research*. Recuperado el Febrero de 2017, de <https://www.ninr.nih.gov/aboutninr/director>

HM, C., KG, W., M, E., N, M., S, L., M, L., & JJ., C. (2006). Desire for death in the terminally ill. *American Journal of Psychiatry*.

Juan Pablo II. (1984). Obtenido de http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/hlthwork/documents/hf_jp-ii_apl_11021984_salvifici-doloris_sp.html

Monforte, C. (2011). *Tesis en red*. Recuperado el 2017, de http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/41946/Tesi_Cristina_Monforte.pdf?sequence=2

Pérez-Bret, E., Rocafort, J., & Altissent, R. (2016). Definition of compassion in healthcare: a systematic literature review. *International Journal of Palliative nursing*.

Ráez, D. L. (Abril de 2011). *Vida Humana internacional*. Recuperado el 2017, de <http://vidahumana.org/noticias/item/95-el-suicidio-asistido-y-la-eutanasia-lo-que-todos-necesitan-saber>

Sánchez, C. d., & Romero, A. L. (2006). Eutanasia y suicidio asistido.

Vargas, R. M. (2014). *Sociedad Española de Cuidados paliativos*. Obtenido de http://www.secpal.com/secpal_historia-de-los-cuidados-paliativos-1

Vianorte-Laguna. (2013). *Laguna cuida*. Obtenido de <http://www.lagunacuida.org/content/los-cuidados-paliativos>