

Actas de Reuniones Clínicas

Medwave, Año XII, No. 4, Mayo 2012. Open Access, Creative Commons.

Bioética y envejecimiento

Expositor: Domingo Castillo⁽¹⁾

Filiación: ⁽¹⁾Sección de Geriátrica, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

doi: <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2012.04.5343>

Ficha del Artículo

Citación: Castillo D. Bioética y envejecimiento. *Medwave* 2012 May;12(4) doi: 10.5867/medwave.2012.04.5343

Fecha de envío: 28/8/2010

Fecha de aceptación: 21/2/2012

Fecha de publicación: 1/5/2012

Origen: transcripción revisada reunión clínica

Tipo de revisión: con revisión editorial interna

Resumen

El objetivo de esta presentación es comentar algunos conceptos relacionados con bioética y envejecimiento, específicamente respecto a salud y enfermedad. Se revisan aspectos relativos a la conducta médica comentando a Kant y a la escuela de Heidelberg. Se mencionan la percepción de tiempo en el adulto mayor y las posturas sobre la eutanasia y la muerte.

Abstract

The purpose of this presentation is to discuss some concepts related to bioethics and ageing, specifically with regard to health and disease. Considerations on medical practice are made by referring to Kant and Heidelberg school of thought. Perception of time in the elderly and issues such as euthanasia and death are mentioned.

Palabras clave: adulto mayor, bioética, eutanasia, geriatría

Introducción

La bioética no es tan lejana a lo que es la medicina. Cuando uno escucha las palabras "ética", "bioética", o "filosofía", se tiene la impresión inicial de que no está muy relacionado con lo que el médico hace. Sin embargo, eso no siempre fue así. Hubo muchas culturas en que el médico sí tenía que interiorizarse en conocimientos más trascendentes que la propia biología de las personas y hasta hace poco tiempo los médicos eran más cercanos a las personas. En esta exposición mostraré que hay una fuente histórica y una fuente filosófica para abordar a los pacientes, que es muy atinente a lo que los médicos hacen a diario. No hay "una" ética. Hay distintas éticas. Lo importante es entender que pueden converger, pueden sintetizarse, pueden convivir. Están relacionadas y no son antagónicas. Todo ello se pondrá de manifiesto por medio de la presentación de casos clínicos específicos.

Casos Clínicos

Paciente A

Paciente de 81 años, autovalente, inserto socialmente, hipertenso, diabético, con antecedente de accidente cerebrovascular pero no secuelado. Gran fumador en su vida, presenta enfermedad arterial oclusiva. Producto de complicaciones isquémicas se le realizó una amputación

supracondílea. Luego evoluciona desde ese evento hacia la postración, baja de peso y depresión.

Después de este episodio se hospitalizó en dos oportunidades más por neumonía, presentando infecciones nosocomiales. Presentó *delirium*, siendo alimentado artificialmente a través de una sonda nasoyeyunal. Ya en la tercera hospitalización el equipo observa que este paciente no saldrá adelante y que, al parecer, no se ha percibido que está muriendo. Finalmente falleció estando hospitalizado.

Este paciente era campesino, viudo y sólo tenía un hijo que vivía en la capital, Santiago. Además tenía unos nietos de 6 y 10 años, para quienes él era su ídolo, su compañero de juegos.

Los campesinos tienen una movilidad mayor que muchas personas que viven en la ciudad. Este caballero caminaba por los cerros y por los campos. La movilidad tenía mucho que ver con su ser, con su vida. Sin embargo, por cosas que suceden, la ciencia médica con todos sus conocimientos le amputó una pierna. Él dejó de moverse, por lo tanto dejó de caminar y dejó de hacer lo que hacía. En lugar de regresar al campo, se fue a vivir a la ciudad (Santiago), y todo cambió.

Después de la amputación que lo dejó con una sola pierna, su familia comentó que cuando lo sacaban a pasear en silla de ruedas, se avergonzaba de que lo vieran los vecinos, por lo que no quiso salir más. Tampoco quería que lo vieran sus nietos. El paciente tenía una terapeuta ocupacional que pasaba mucho tiempo con él y que lo atendía bastante bien. Conversando durante la terapia ella averiguó mucho más sobre él que los médicos tratantes. Estando lúcido, él expresó varias veces que su vida se había acabado. Pensaba que ya no tenía sentido, que no tenía ninguna razón para seguir viviendo con una sola pierna. Independientemente de que tenía indicación de amputación porque padecía una isquemia crítica y todas las cosas que la ciencia dice, para él su vida se había acabado.

Paciente B

Otro caso es de una paciente de 23 años que consultó por amigdalitis. Estaba con fiebre y efectivamente tenía una amigdalitis complicada. Pero tenía otras cosas más, como un aumento de volumen considerable del lado izquierdo del cuello, equimosis en las conjuntivas, esplenomegalia y adenopatías en todo el cuerpo. Por sospecha de leucemia se solicitó un hemograma que mostró 1.500 plaquetas y 284.000 glóbulos blancos.

Esa paciente consultaba por una amigdalitis complicada y sin embargo, ese mismo día la señora que era sana, ya no estaba sana. Se enteró de que tenía una leucemia M4. A los cuatro días la paciente había fallecido; y en los tres días que estuvo consciente le decía a su familia "sí, la verdad es que yo tengo una leucemia".

El concepto de salud y enfermedad

¿Qué es la salud? y ¿qué es la enfermedad? Uno podría decir que la salud es un estado de percepción, de perfecto bienestar físico, mental, social. Pero no necesariamente exento de enfermedad. Hay muchas personas que pueden sentirse muy sanos aunque saben que tienen alguna enfermedad. Entonces es una apreciación que no implica estar exento de enfermedades. Es uno el que se siente sano o no.

Lo mismo pasa con la enfermedad. Por ejemplo, hay personas que consultan porque tienen vértigo, el médico las examina y las encuentra normal. Las ve el otorrino, las examina, les hace un octavo par y las encuentra sanas. El especialista les dice "usted no tiene nada ¿sabe qué? Le conviene que lo evalúe un psiquiatra". Las mandan al psiquiatra, y así continúa la cadena.

Es gente que se siente enferma. Sin embargo, nosotros que lo "medimos" no le encontramos nada. También hay gente que sin estar enferma tiene la conducta de mostrarse enferma, quiere verse enferma, quiere sentirse enferma y muchas veces, al final, no tiene nada.

La enfermedad es algo que va un poquito más allá de lo estrictamente biológico. Uno no solamente está enfermo por los parámetros o por los exámenes, sino cuando sabe que está enfermo. Por ejemplo, alguien podría decir

"tengo un dolor epigástrico bastante leve, me molesta poco" y al consultar la endoscopia muestra un *Bormann III*; se toma una biopsia y luego, al despertar, se entera de lo que tiene. Hasta antes de la endoscopia era sano, después de la endoscopia estará enfermo.

Entonces, el ser enfermo es una percepción más allá de lo estrictamente biológico. Puede pasar también el caso contrario, que uno tenga algo y se sienta sano. Otro ejemplo es el del paciente que sabe que tiene diabetes y no obstante le dice a las otras personas que tiene "principio de diabetes", hasta que hace una complicación como un síndrome hiperosmolar o una amputación. Recién en ese momento dice "ahora sí estoy enfermo".

¿Qué hace el médico en estos casos? El problema se empieza a complicar porque el objeto de la medicina lo constituye el sujeto, que es una persona que está cambiando en todo momento. Esto lo diferencia notablemente de los exámenes de sangre o las imágenes, que son cosas más objetivas y medibles, a los que un médico está acostumbrado. Esto configura una paradoja: el médico está habituado a ver como objeto a quienes son sujetos.

La Escuela de Heidelberg

Viktor Von Weizsacker era un médico internista alemán que nació en 1886 en Stuttgart. Luego hizo la especialidad de neurología y fisiología, y trabajó en la Universidad de Heidelberg, donde indagó sobre esta relación de atender seres humanos y no objetos. Él pensaba que la medicina estaba influenciada por el psicoanálisis y que los procesos de enfermedad son duales; es decir, que comparten elementos psicósomáticos y somáticos o biológicos, que son expresiones de un mismo proceso. Planteaba que siempre en una enfermedad hay componentes sin lógica - psicoafectivos o mentales-, que inciden de una u otra forma -conjunta o secuencialmente-, con una enfermedad biológica. Por lo tanto, planteaba que debía desarrollarse una mirada filosófica de la medicina.

Luego le tocó participar como asistente a los juicios de Nüremberg de los años 1946 y 1947. Los médicos enjuiciados fueron 67, de los cuales 7 fueron condenados a muerte. Von Weizsacker analizó el juicio: ¿por qué se le puede practicar eutanasia a una persona? Postuló que, aparentemente, había que sentar al banquillo del acusado no sólo a los médicos, sino que también a la medicina tal como estaba planteada hasta ese momento.

La Escuela de Heidelberg postula que la fundamentación tiene que ir más allá. En este caso nosotros nos referimos a la enfermedad, pero esto tiene implicancias en más cosas. Para cada persona las enfermedades tienen un sentido y un significado, una percepción subjetiva de acuerdo a cómo la persona ve las cosas, las tendencias que tiene o a la valoración que uno hace del hecho o de la sociedad. Por ejemplo, actualmente el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) tiene un sentido o significado social; antiguamente lo tenía la tuberculosis.

En la Edad Media, por ejemplo, tener epilepsia era sinónimo de estar poseído.

¿Qué es la biografía? Según el diccionario de Real Academia Española de la Lengua es la "historia de la vida de una persona; narración escrita de la biografía de una persona; género literario al que pertenecen estas narraciones". Otra definición: biografía deriva del griego *bios* que significa vida y *graphein* que significa escribir. En suma, es la historia de vida de una persona narrada desde su nacimiento hasta su muerte, consignando sus hechos logrados y sus fracasos, así como todo cuanto puede interesar de la misma. De todo esto se desprende que es necesario entrelazar una visión biográfica a la medicina.

El adulto mayor

Con respecto a los ancianos, en nuestro idioma se puede expresar de distinta manera el concepto de los adultos mayores. La palabra senescencia habla de un proceso de envejecimiento ajustable o compensable, normal, *versus* la palabra senilidad que habla del desmedro, de lo que ya no tiene sentido, de lo patológico.

La percepción del tiempo en el adulto mayor

Las personas ancianas vivencian de una manera distinta el tiempo y el espacio, por lo que para quienes aún no lo son es necesario ponerse en su lugar.

Nosotros somos seres espaciales. Estamos dentro de un contexto: fuimos inyectados en el mundo, caímos en este mundo. Desde el punto de vista existencial, el espacio y el tiempo son distintos a lo que medimos con metros, con centímetros. Una muestra: yo puedo estar más cerca de un amigo que está en Sudáfrica que de mi vecino que está a tres metros de mi casa, porque la cercanía desde el punto de vista existencial no está relacionada con dimensiones físicas.

En los ancianos es muy frecuente ver que ellos se están alejando. Cuando van al parque se mueven poco, caminan lento, se van retrayendo. En términos existenciales, con cierto alejamiento se reduce su movilidad. Suelen presentar la coexistencia de cosas banales con cosas trascendentes. A veces se preocupan mucho, por ejemplo, de unas fotos que tienen guardadas o de un reloj antiguo que perteneció a algún familiar, algún objeto que para nosotros podría ser absurdo o banal, pero que para ellos tiene una connotación en su existencia.

El tiempo se dilata, se ralentiza. Los adultos mayores no están preocupados del proyecto que hay que hacer mañana, o de la inversión del banco. Ellos ya pasaron por eso. Están viviendo un momento en la vida en que no tienen el futuro como lo tiene un joven. A diferencia de nosotros, en ellos se produce la presentización. Esto significa que vivencian el futuro ahora con mucha más calidad, así como el pasado. Para ellos los recuerdos son bastante relevantes, porque el recuerdo ha sido parte de su vida. Tienen la tendencia a revivir algo del pasado, a contar cómo fue, a veces con lujo de detalles. De hecho,

biológicamente está descrito que la memoria retrógrada en ellos es bastante mejor que la memoria inmediata.

Desde el punto de vista existencial, los ancianos cambian la visión del espacio: se ponen lentos, tienen poca mímica facial, poca movilidad, poca velocidad. Y comienzan a alejarse, comienzan a bajar de peso. Es poco frecuente encontrarse con una persona obesa a los 95 años. Desde el punto de vista humano, empiezan a alejarse hacia otro lugar.

La bioética

La bioética es un concepto novedoso. El primer artículo interesante de bioética se publicó en 1962 en la revista *Life*, aunque hubo un sacerdote que ya en 1927 utilizó este término.

La bioética es una rama de la filosofía que no pretende ser única, pues existen distintas éticas. Lo que se ha discutido hasta ahora proviene de la fuente antropológica de la ética, que perfectamente encaja a través de la medicina antropológica o la medicina biográfica.

La ética de Kant

Immanuel Kant replanteó el tema de la ética. Pensaba que la ética tenía que ser universal, que debía servir para cualquier parte del mundo, para cualquier época. Este filósofo desarrolló un sistema basado en premisas llamados "imperativos categóricos". Estos se sustentan en un "deber", no en un "para qué". Es decir, en un "cómo" debe ser. Esta forma de pensar es una matriz distinta a la aristotélica, que se fundamentaba en las preguntas "¿a dónde va esto?" y "¿para qué?".

Todas estas directrices convergen en la bioética que nace en Estados Unidos, la que toma ambos planteamientos y los refunde. Algunos de sus principios bioéticos son:

- **Beneficencia:** hacer el bien. Hacer lo que la persona quería. O sea, un principio proveniente de la mentalidad de Aristóteles.
- **Autonomía:** respetar lo que la persona quería. Un principio también aristotélico. Un ejemplo: el paciente A no quería que le amputaran la pierna.
- **No maleficencia:** no hacer daño jamás, porque no debe hacerse. Principio proveniente de la mentalidad de Kant.
- **Justicia:** asignar bien los recursos.

La eutanasia

El caso de Karol Wojtyla sirve para ilustrar algunas cosas. El Pontífice tenía enfermedad de Parkinson y hablaba una vez a la semana en una especie de balcón. Producto de la enfermedad de Parkinson presentó problemas de deterioro de todo tipo, incluyendo trastornos de deglución. Luego empezó a hacer infecciones respiratorias por aspiración.

¿Qué se hace habitualmente en estos casos? Lo mismo que estaban haciendo los médicos en Italia: traqueo gastrostomía. Juan Pablo II estuvo con traqueostomía y no podía hablar, por lo que se negó a la gastrostomía que le proponía su médico. Aquí se pone de manifiesto la

mentalidad biográfica, ya que si él estuviera con su gastrostomía y con su traqueostomía, probablemente hubiera estado "vivo" pero no podría haber sido Papa. Habría perdido algo que era su existencia, su esencia. No estamos hablando de objetos biológicos medibles, estamos hablando de un sujeto.

El concepto de eutanasia proviene del griego Eu: bien, y Tanathos: muerte, por lo tanto refiere al "bien morir". La eutanasia puede ser activa o pasiva. La activa consiste en ejercer una acción para eliminar a una persona, por ejemplo dar una infusión de potasio. La eutanasia pasiva consiste en abstenerse de realizar un tratamiento, aunque el médico sepa que esto conduce a la muerte. El concepto genuino implica que sea solicitada por quien va a recibirla.

¿Cuál es la esencia del médico? ¿en qué consiste lo que hace un médico? Esta confusión del objeto es lo que lleva al médico por caminos que probablemente no benefician a las personas. El papel del médico es prolongar la vida y mitigar el sufrimiento; curar cuando sea posible, aliviar siempre el sufrimiento del paciente, como también proteger sus intereses.

La Iglesia Católica también opina. No hay dogmas aquí, todos los Papas han pensado de distinta forma. Sin embargo, ellos consideran que es lícito centrarse en el sufrimiento; aunque esto implique acortar un poco la vida. Por ejemplo, con algún tipo de terapia analgésica como la morfina, que puede producir problemas de hipotensión, entre otras.

La misión del médico

La misión del médico consiste en que el enfermo llegue a sanar sin dejar de ser él mismo. Esto es: si le van a amputar la pierna a un paciente, que siga siendo él mismo, que no se le acabe la vida con ello. En este caso la pregunta es ¿qué le ofrezco? Al menos hay que preguntarle si es lo que quiere. Es evidente que no basta con arrancar a los hombres de la muerte, es preciso que puedan vivir de acuerdo a su concepto.

El médico suele tener una confusión del objeto: ve la enfermedad y no al paciente, y ésta es una de las cosas que decía Viktor Von Weizsacker: que el médico no debiera hablar de la enfermedad *per se*, sino del enfermo.

La muerte como un problema ajeno

Entonces, el problema de la muerte es que el médico ve diariamente que los otros se mueren. La gente que se muere es siempre otra, hasta que fallece alguien cercano.

Según Martin Heidegger cuando la persona toma conciencia de que se va a morir, recién ahí se da cuenta del valor del tiempo, de la vida. Es en ese momento que se siente vivo. No siempre fue así, éste es un tema cultural.

Existe también una confusión del objeto en cuanto a que la muerte es una derrota, y la separamos de la vida, como si la muerte no fuera parte de la vida. Este es un problema complejo, porque no hay ninguna persona que no se muera, esto es un hecho; y sin embargo, nosotros lo separamos. El tema entonces es que debiéramos hablar de calidad de muerte, así como se habla de la calidad de vida del paciente.

En síntesis, se trata de comprender que un aporte de la bioética a nuestra forma de ver los pacientes es integrar o internalizar una visión de la biografía de las personas. En geriatría preguntamos cosas como ¿dónde vive? o ¿en qué piso del edificio vive? La biografía es muy importante, el barrio es muy importante, la historia de la persona, lo que hacía, lo que le gustaba, lo que aborrecía, sus valores, que muchas veces son muy distintos a los del médico. Entonces, la idea es que la persona tenga un buen final.

¿Cuándo se muere?

Esto se puede visualizar como un concepto operacional ¿es la muerte un hecho con fecha? Es importante, porque muchas veces cuando se comete un error es por no haber tenido claro este punto. En numerosas ocasiones por no haber entendido que la muerte no es un hecho de un día sino un proceso que se produce en el tiempo (y que a veces toma una semana, meses o años), el médico no lo percibe y no se da cuenta de que es necesario cambiar los objetivos. Y cuando esto sí sucede, muchas veces se beneficia al paciente.

Notas

Este texto es la transcripción revisada de una conferencia dictada en una reunión clínica del Departamento de Medicina, Hospital Clínico Universidad de Chile.



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.