DOI: 10.30789/rcneumologia.v36.n2.2024.1044

Conflictos morales del final de la vida: entre el deber y el valor [1]

Moral conflicts at the end of life: Between duty and value

Gonzalo David Prada Martínez[1]

[1] Médico Especialista en Medicina Interna y Neumología, Candidato a Doctorado en Bioética, Universidad El Bosque, Investigación Área Bioética y Salud.

Autor de correspondencia:
Gonzalo David Prada Martínez
Correo electrónico: pradag@yahoo.com

Resumen

Las situaciones del final de la vida como cualquier otro problema bioético son fuente inagotable de controversia moral. La eutanasia y el suicidio asistido han cobrado importancia en la sociedad actual que, por su naturaleza liberal, les da a los individuos enfermos mayor empoderamiento para tomar decisiones sobre su destino y su vida. El Estado en algunas jurisdicciones permite la eutanasia y la apoya, en el caso colombiano esta despenalizada pero no reglamentada formalmente. Dada la polémica en torno a estos temas, las personas con frecuencia pueden enfrentar su moralidad cuando hay conflicto entre el valor sobre su ordenamiento deontológico.

Palabras clave: deontología; conflictos; axiología; final de la vida.

Abstract

Like any other bioethical problem, end-of-life situations are an inexhaustible source of moral controversy. Euthanasia and assisted suicide have gained importance in today's society, which, due to its liberal nature, gives sick individuals greater empowerment to make decisions about their destiny and their lives. The State in some jurisdictions allows and supports euthanasia; in Colombia, euthanasia has not been outlawed but not formally regulated. Given the controversy surrounding these issues, people can often confront their morality when there is a conflict between their values and deontological order.

[1] Este texto es un extracto de la investigación "Emociones, juicios y conflictos de valores en personal de salud de cuidados paliativos frente a narrativas cinematográficas sobre final de la vida" y su contenido es responsabilidad exclusiva del autor.

Keywords: deontology; conflicts; axiology; end of life; emotions; moral affections; value judgments

Introducción

"No es lo mismo un moralista o predicador de normas que un investigador que este forzado a fundamentarlas…".
"Predicar moral es fácil, fundamentarla es difícil…".
Schopenhauer

El sufrimiento como consecuencia de la enfermedad nos enfrenta a dilemas éticos cuando los cuidados paliativos no controlan los síntomas o los pacientes voluntariamente desean terminar su vida como forma de alivio, y el rol médico es contribuir a que ocurra lo mejor para el paciente. Todo lo que rodea el final de la vida es fuente inagotable de conflictividad ética, sobre todo cuando las alternativas de acción son adecuadas, pero los desenlaces son distintos. La angustia moral aparece en casos en que hay disonancia entre las acciones a seguir y las creencias o moralidad de quienes deben ejecutarlas.

Acudir al código normativo deontológico puede ser el referente para decidir y dar la respuesta a lo que "se debe hacer por ley o por norma" que sería el camino más corto y rápido a tomar, pero no necesariamente el adecuado ni el mejor para ese individuo. De la misma manera, reducir el problema a cumplir con reglas prestablecidas limita la posibilidad de deliberar y reflexionar y, además, desconoce los valores. El conocimiento objetivo, análisis individual y las expectativas de cada sujeto suponen que las decisiones o recomendaciones estén basadas en lo que es valioso o representativo para el afectado, de manera que resulta imposible limitar o reducir las conductas a la mera aplicación de normas éticas o jurídicas, sin entender la complejidad de cada situación específica en su contexto, bajo la excusa de cumplir preceptos deontológicos o complacer la postura personal del médico frente a la problemática.

Todas las personas involucradas en la discusión: pacientes, médicos, familiares, personal paramédico, poseen una carga de creencias y preconceptos, inspirados en las vivencias personales o arraigos deontológicos religiosos o jurídicos, con los cuales proponen cursos de acción. En algunos casos puede darse deliberación convocando comités de ética para decidir y llegar a acuerdos sobre lo adecuado. Algunas instituciones por su naturaleza confesional no aceptan prácticas como la eutanasia o en otras laicas los temas se reducen a consultas jurídicas para analizar la legalidad de los procedimientos. En cualesquiera de las formas, los cursos de acción estarían basados en el deber, sin tener en cuenta los valores en juego.

La angustia moral, definida por Jameton como "el malestar psicológico que surge cuando un individuo tiene un juicio moral claro sobre una práctica específica, pero encuentra su respuesta limitada por restricciones sociales o institucionales" (1), aparece cuando hay creencias cuyos códigos deontológicos no permiten prácticas como el suicidio asistido o la eutanasia, aunque el sufrimiento supere la capacidad de los cuidados paliativos de mejorarlo y el doliente ve en la muerte una forma de terminarlo. El dilema es, por una parte, preservar inútilmente la vida para no incumplir el precepto normativo que desconoce la voluntad y perpetúa el dolor y, por otra, entender y aceptar las decisiones autónomas del paciente y facilitar que se cumplan, lo cual es en muchos casos difícil de asimilar por los equipos de salud y familiares. Hay sectores ortodoxos que defienden la tesis de que la vida no es propia y ninguna persona podría decidir su destino, versus posturas liberales que defienden la autodeterminación y consideran que estas posturas vulneran los derechos individuales a la libre decisión. Las reflexiones bioéticas deben centrarse en el individuo y su contexto, sin involucrar las creencias o deseos de terceros para lograr el mejor desenlace. Si alguna persona siente tensión o angustia frente al tema, puede acudir a la objeción de conciencia y hacerse a un lado de cualquier discusión, sin embargo, la idea para la adecuada discusión es excluir posturas morales genéricas o creencias personales para privilegiar los valores de altos ideales que cobran más importancia que aquellos que normatizan la garantía de lo básico y son más exigibles desde el punto de vista deóntico.

Lo valioso es comprender que el paciente es titular de un bien que es su vida, por consiguiente, solo está en sus manos decidir qué hacer, independiente de las

consideraciones del personal a cargo o su familia y para ello se requiere asertividad, empatía y compasión. Hay necesidad de basar las decisiones en la racionalidad axiológica sobre la instrumental, como resultado de la deliberación bioética y dar acompañamiento individual a un ser humano que requiera una necesidad específica.

La complejidad del ethos y su pluralidad, las variaciones sincrónicas y diacrónicas descritas por Maliandi (2) y la reflexión bioética, afloran conflictos entre el deber y el valor (deonto-axiológicos), entre el ser y el deber (onto-deontológicos) y de valores (axiológicos) para efectos de las decisiones del final de la vida. Este artículo expondrá en forma resumida cuáles pueden ser los más frecuentes y qué metodologías bioéticas pueden ayudar a resolverlos.

El rol del bioeticista es contribuir y facilitar la definición de la problemática y sus conflictos, ayudar a que fluya el proceso de reflexión y deliberación, mantener el cauce de la discusión, exponer los posibles desenlaces, y acercarse a que la decisión final sea la del mejor interés del paciente, alejando lo personal de la discusión.

Las metodologías deliberativas son útiles para contribuir a la resolución de los conflictos de valores en bioética como la del Dr. Diego Gracia y las de ética convergente del Dr. Ricardo Maliandi (2–4). Estas ayudan a dar un orden y estructura a la discusión, permiten comprender cómo pueden ofrecerse los cursos de acción, reducen la angustia moral a proporciones razonables y, sobre todo, consiguen lo conveniente para los pacientes.

Controversias morales: beneficencia vs. autonomía

Los conflictos de valor en el final de la vida surgen cuando hay diferentes creencias, principios éticos y expectativas sobre cómo se debe tratar a las personas en sus últimos días. Estos conflictos involucran a los pacientes, familias, profesionales de la salud y legisladores, que por lo general enfrentan la autonomía con otros principios.

Uno de los más comunes es cuando se enfrenta la beneficencia/autonomía. La autonomía es el derecho del paciente a tomar decisiones sobre su propia vida y tratamiento, sin embargo, hay profesionales que insisten en prolongar la vida bajo el supuesto de defender el mejor interés del paciente (beneficencia) sin tener en cuenta los deseos del enfermo (autonomía). Un ejemplo, son las tensiones que aparecen cuando los pacientes rechazan métodos diagnósticos o ayudas terapéuticas medicamente indicadas. Pone en relieve el dilema de si es más importante añadir vida a los días o días a la vida y la discusión estaría en la elección entre un tratamiento que prolongue la vida con desenlaces inciertos sobre sus efectos y valor agregado de calidad, y la opción de cuidados paliativos centrados en el confort y bienestar. Un conflicto de este tipo puede estar influido por intereses personales de parte de terceros, puesto que si hay asimetría entre lo que el paciente desea y lo que la familia o el equipo médico considera mejor, se podría prestar para situaciones de coacción indebida.

Un caso reciente ocurrió con una mujer de edad avanzada con obstrucción severa de las vías aéreas por una masa de probable origen maligno, que le producía disnea de reposo y dolor. La familia cercó a la paciente con el fin de que le fuera ocultada la verdad sobre la realidad de su condición y ejercía presión para que fuera sometida a procedimientos de diagnóstico invasivos y a una eventual intervención quirúrgica. Así, al momento en el que el médico tratante accedió a solicitar una biopsia quirúrgica, la paciente exigió una explicación con detalle en la forma del consentimiento informado y solicitó que fuera en privado sin la presencia de los familiares. El resultado fue: "me dejo hacer cualquier tratamiento médico o quirúrgico, pero con la condición de que no salga de esta habitación". A la paciente le habían vulnerado el derecho a conocer su problema, teniendo capacidad para tomar decisiones autónomas. El consentimiento informado puede cuestionarse si hay deterioro de las condiciones de salud y ausencia de juicio de realidad, lo que aflora conflictos sobre quién debe tomar decisiones en su nombre.

Este ejemplo ilustra cómo con mucha facilidad no se tiene en cuenta al paciente, que a veces es el último en enterarse de su enfermedad o como en otros casos, cuando cualesquiera de las partes, profesionales de la salud o allegados del paciente, desconocen las voluntades anticipadas, incurriendo en influir, persuadir o coaccionar para que permita

intervenciones o procedimientos que no desea o que nunca quiso le fueran realizados, si en ese momento no está en capacidad de decidir. De hecho, no informar a los enfermos el diagnóstico y pronóstico de una enfermedad y su situación, impide el ejercicio de la autonomía porque sin información no hay capacidad para decidir.

En otras situaciones la autonomía puede verse afectada por creencias culturales y religiosas que juegan un papel crucial en las decisiones al final de la vida. Lo que puede ser considerado un tratamiento adecuado o inaceptable, puede variar significativamente entre diferentes culturas y religiones, llevando a conflictos entre pacientes, familias y profesionales de la salud.

Entre médicos puede haber diferencias significativas en la manera en que interpretan las directrices sobre el tratamiento de finales de vida. Esto puede afectar las decisiones de los pacientes y sus familias, especialmente si no hay una comunicación clara, lo que puede vulnerar la autonomía médica o la libertad de decidir no practicar tratamientos que puedan ser contrarios a sus principios, como en los casos de objeción de conciencia. Igualmente, en situaciones en las cuales hay insistencia o coacción de los familiares para implementar terapias inútiles, vulnerando el principio de no maleficencia.

Las decisiones sobre el final de la vida a menudo están influidas por consideraciones emocionales y financieras. La presión de los costos de tratamientos prolongados o la carga emocional que recae sobre la familia pueden generar conflictos sobre las decisiones a tomar.

Finalmente, la legislación y las políticas de salud sobre la eutanasia, el suicidio asistido o el tratamiento de enfermedades terminales, están en constante evolución que crea conflictos entre las creencias de los médicos con el ordenamiento legal y los códigos deontológicos.

Las diferencias en el enfoque del cuidado se dan cuando aparecen conflictos de valor, para lo cual es crucial fomentar el diálogo abierto y respetuoso entre todos los involucrados. La educación sobre derechos del paciente, el desarrollo de políticas de atención centradas en el mismo, y el acceso a servicios de apoyo, pueden ayudar a mitigar las tensiones y facilitar decisiones más alineadas con los valores y deseos de cada cual.

Surgen preguntas como, por ejemplo: ¿Son las decisiones autónomas verdaderamente auténticas y libres? ¿Estarán condicionadas por la vulnerabilidad inherente a su enfermedad? ¿Ha recibido el paciente cuidados paliativos? ¿Ha sido suficiente? ¿Hay voluntades anticipadas? Cada caso es individual y los valores en conflicto son diferentes; incluso en el mismo paciente puede haber cambios de opinión y retractarse de lo que pudo haber pensado, lo cual es válido si consideramos que es quien tiene la última palabra. La vulnerabilidad ha sido propuesta como un principio ético, es ontológicamente previo a la libertad y la autonomía. Los ejemplos anteriores dan prueba de ello, porque en un paciente con enfermedad crónica, su misma condición le restringe libertades y limita la autonomía: finalmente que se cumplan sus deseos está determinado por terceros. Solo la empatía y la asertividad del médico permiten llevar a buen puerto cada situación.

Otros conflictos que surgen están relacionados con la proporcionalidad terapéutica, la integridad, la justicia distributiva y la legalidad de las decisiones de final de la vida que comprometen a terceros, como es el caso del suicidio asistido y de la eutanasia en jurisdicciones donde no está despenalizada. No obstante, la dignidad de un enfermo se otorga en la medida en que sus decisiones y pensamientos sean respetados, cualesquiera que sean.

Diego Gracia expone una metodología muy práctica para iniciar la deliberación sobre una situación de dilema o problema bioético, que además sirve en discusiones de casos difíciles, es la microética o ética concurrente que aplica a situaciones en la cabecera del enfermo (4). Análoga a la metodología de caso para tomar decisiones clínicas, considera en primer lugar, identificar y describir los hechos del caso que sean evidentes y objetivos, establecer cuáles son los valores que hay y cuáles están en conflicto, para finalmente basados en lo anterior, deliberar sobre los cursos de acción a seguir desde una perspectiva teleológica.

Para definir los valores hay que entender cómo se llega a ellos. Para Gracia los valores se construyen a partir las acciones: no se intuyen ni se tienen subjetivamente (3). La teoría constructivista del valor está basada en los conceptos epistemológicos del filósofo Xavier de Zubiri quien afirmó que hay un principio de aprendizaje primordial de realidad. El logos construye y actualiza los contenidos de un principio y les da formalidad, en un primer contacto se intuyen y lo que se aprende es la formalidad.

En el modelo objetivista intuicionista el valor es algo ya definido y con realidad propia y como ya existe, su naturaleza es normativa más que axiológica, y en el modelo subjetivista el valor lo genera cada individuo con base en una estimación personal. Gracia no depone estos modelos, pero hace énfasis en que solo las acciones los constituyen, aunque los valores construidos también tienen algo de ambos modelos. Para efectos de la metodología propuesta por Gracia, los hechos de un caso son el momento de realidad, es decir lo que existe, y la estimación es el juicio evaluativo que damos a esos hechos donde entran aspectos como la subjetividad e idealidad (3). De manera que si las acciones dan lugar a los valores la construcción es individual y colectiva. Gracia refiere que la cultura es el conjunto de valores colectivos sumados al proceso social e histórico (3).

El valor y el deber en muchos casos son contradictorios, los valores no son absolutos y pueden cambiar el deber, quedando clara la antinomia entre el valor que se construye y el deber que ya existe. La tesis sobre "Emociones, juicios y conflictos de valores en personal de salud de cuidados paliativos frente a narrativas cinematográficas sobre final de la vida", describe mediante una experiencia de investigación cualitativa cómo al exponer a un grupo de personas a narrativas cinematográficas sobre situaciones de fin de vida, su propuesta de curso de acción cambió respecto a su opinión inicial guiada por el deber, privilegiando los valores en juego sobre los preconceptos previos.

La sumatoria de las propuestas de curso de acción después de exponerse a situaciones puntuales permitieron aflorar valores diferentes que cambiaron la decisión frente a la obligación deontológica inicial, confirmando que las personas construyen esos valores a partir de la emoción cognitiva para "hacer lo que creen debe hacerse en ese caso específico" y no "lo que debe hacerse por norma". Para Gracia la realización de los valores, migra de la dimensión subjetiva-personal, a la objetiva-cultural, lo que requiere autonomía y pedagogía deliberativa (3). Llevado a decisiones trascendentales, lo deontológico es la normatividad general y el valor es el soporte de la decisión individual en la cabecera del enfermo o en la situación específica.

Conclusiones

La teoría cognitiva de las emociones de Martha Nussbaum (5) estudia el papel de las emociones en la vida moral. La estimación valorativa o juicios de valor son inherentes al componente cognitivo de las emociones que se convierten en acciones que fundamentan la creación de esquemas propios y conducta moral, involucran valores e ideales clave para la toma de decisiones. Vista la emoción como una experiencia que va más allá de ser una respuesta neurobiológica, las teorías evaluativas y cognitivas de las emociones conceden importancia a los juicios de valor que resultan, porque conectan las creencias existentes con las nuevas y dan lugar a la realización y construcción de valores. De la emoción se desprende la acción y a través de la voluntad y la acción ocurre un juicio racional de lo que es bueno o no, por una estimación emocional de lo deseable.

Ella misma define que la emoción o juicios de emoción, son un subconjunto de los juicios de valor, que confiere al objeto externo generador gran importancia en la vida moral de las personas. Por ejemplo, si yo creo que la muerte digna es un bien en sí mismo y está en mi concepto de eudaimonia, todo objeto o situación externa que la favorezca me haría feliz (emoción positiva) dado el vínculo emocional que tengo con esta creencia. La eudaimonia y sus referentes éticos responden acerca de cómo debo vivir para conseguir la felicidad y el bienestar pleno.

Entendiendo qué son los valores y su dimensión e importancia en la sociedad, en muchos casos hay conflictos entre sí: conflictividad axiológica, donde dos valores igualmente importantes pueden ser opuestos. La metodología de Ricardo Malliandi busca identificar los valores en conflicto con la finalidad de encontrar puntos comunes de acuerdo, que permitan

el mejor curso de acción (2). Hay diferentes niveles de discusión bioética que van desde el más básico que es la reflexión ética prefilosófica.

Referencias

1. Jameton A. Nursing practice: the ethical issues. [Internet]. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall; 1984. 331 p. (Prentice-Hall series in the philosophy of medicine). Disponible en: http://catalog.hathitrust.org/api/volumes/oclc/9896319.html
2. Maliandi R. Ética. Dilemas y convergencias: Cuestiones éticas de la identidad, la globalización y la tecnología. 1a ed. Buenos Aires, Biblos: Universidad Nacional de Lanús; 2006. 253 p.
3. Gracia D. Contruyendo Valores. 1a edición. Madrid: Triacastela; 2013. (Colección Humanidades Médicas).
4. Gracia D. Bioética mínima. 1a edición. Madrid: Triacastela; 2019. (Colección Humanidades Médicas).
5. Gil Blasco M. La teoría de las emociones de Martha Nussbaum: el papel de las emociones en la vida pública [Internet]. Universitat de València; 2014. Disponible en: http://hdl.handle.net/10550/39523

Lecturas recomendadas

Adler M. In Gwinn R. Emotion. Encyclopedia Britannica Inc, Ed.; Second Ed.; 1993.

Calhoun C, Solomon RC. ¿Qué es una Emoción?: Lecturas Clásicas de Psicología Filosófica. Fondo de Cultura Económica; 1996 https://books.google.com.co/books?id=QXc0AAAACAAJ

Nussbaum M. Paisajes del pensamiento La inteligencia de las emociones. Tercera Ed. Editorial Planeta Colombiana S.A.; 2019.

Real Academia Española. Diccionario de la Real Academia Española. El Diccionario de La Lengua Española; 2014.