

Boletín del Grupo de Bioética de la Facultad de Medicina.
Universidad Complutense de Madrid

Nuestro objetivo

La bioética es una disciplina que ha ido cobrando una importancia creciente a lo largo de las últimas décadas.

Reflexionar seriamente sobre temas que afectan a la vida y la salud de las personas supone no sólo un reto intelectual, sino un compromiso de responsabilidad con nuestro tiempo y con la sociedad. De ahí que la labor de formación y de investigación en bioética sea una tarea necesaria y apasionante.

La bioética se ha convertido en muchos casos en lugar de defensa de posturas radicales que, lejos de ejercer una labor de argumentación y decisión prudente, conducen a la condena y al desprecio de las opiniones diferentes.

El objetivo de este grupo y de este boletín es contribuir a la difusión y el desarrollo de la bioética, desde una perspectiva plural, abierta y deliberativa. En la que las opiniones valen por la fuerza de los argumentos que aportan. En la que se escuchan todas las posiciones y se valoran las aportaciones de las diversas aproximaciones y enfoques a las cuestiones. En la que no se buscan verdades absolutas, sino un ejercicio de prudencia, de responsabilidad, de reflexión, de auténtica deliberación.



en este número

Capacidades para la vida P.2

La alianza deliberativa P.4

Bioética aplicada en Urgencias P.7

Reseña de libros P.14

Caso clínico comentado P.16

Relación clínica P.20

Un método peligroso P.23

Desde la redacción

Llega Diciembre, preparamos las fiestas que ya se acercan, hacemos balances (inevitables cuando pasan doce meses más), y este Boletín *Bioética Complutense* cumple dos años. Durante este tiempo han sido muchas las personas que han podido compartir experiencias y reflexiones. A todas ellas queremos mostrar nuestro agradecimiento.

Pero también esperamos que sean muchos más los que encuentren aquí un espacio de comunicación y debate, un lugar abierto en el que expresar ideas e intercambiar pareceres, desde el ejercicio más exquisito de la deliberación, desde el respeto y la pluralidad.

Decía entonces, en el editorial con el que inauguraba y daba nacimiento a este boletín, que parecían ser “Malos tiempos para la lírica”, según la canción de *Golpes Bajos* en aquellos años de la movida madrileña, y que algunos se preguntaban si era aplicable ese estribillo a la situación actual de la bioética. Curiosamente, los malos tiempos parecen serlo actualmente para casi todo. La crisis económica nos asfixia y, al menos en Europa, cunde el desánimo y la desolación. Con ese panorama, se instala la convicción, aparentemente razonable, de que lo más conveniente es limitarse a sobrevivir, que no son momentos para innovación ni grandes proyectos, sino para cubrir los mínimos y tratar de salir adelante. Alguien podría traer aquí a colación aquel famoso “*primum vivere deinde philosophare*” (primero vivir, luego filosofar). Y probablemente esto es cierto.

Pero sólo en parte. Porque también conviene considerar si es posible alcanzar una vida humana sin “filosofar”, si la mera supervivencia es auténtica vida, y si merece la pena. Quizá deberíamos pensar si no estaremos quemando las naves, en un peligroso viaje hacia la nada e imposibilitando el retorno. La crisis nos atrapa, pero no debería deshumanizarnos. No debería ser una excusa para los comportamientos innobles, ni para una salvaje lucha en la que impera el “sálvese quien pueda”. No deberíamos ceder en nuestras pretensiones de mayor calidad ética. Antes bien, los tiempos difíciles son los que ponen a prueba nuestra “altura moral”.

Por ello, mi deseo para el año nuevo es no sólo que las cosas empiecen a ir un poco mejor, que no haya tantas personas pasándolo realmente mal por culpa de la crisis, o de cualquier otra desgracia, sino también que seamos todos capaces de enfrentarnos con entereza a las dificultades, que no perdamos el rumbo a pesar del temporal, que seamos más humanos y mostremos mayor nobleza, solidaridad y valor ante la adversidad.

Probablemente, sean cuales sean nuestras creencias, nuestro color, nuestras ideas políticas, nuestro género, nuestros valores o nuestras opciones de vida, podemos suscribir estas frases de aquella conocida oración, como deseo para el nuevo año: tener serenidad para aceptar las cosas que no podemos cambiar; valor para cambiar las cosas que sí podemos cambiar; y sabiduría para conocer la diferencia.

Feliz año nuevo.

Lydia Feito. Directora

Bioética Complutense es un Boletín del Grupo de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. España.

El Grupo de Bioética está constituido por profesores e investigadores vinculados a la Facultad de Medicina.

Su objetivo es la docencia y la investigación en las áreas de Bioética y Humanidades Médicas.

Consejo Editorial

Directora: D^a. Lydia Feito Grande

Colaboradores:

D^a. Gracia Alvarez Andrés
D. Joaquín Callabed
D. Tomás Domingo Moratalla
D. Ángel Estella
D^a. Concha Gómez Cadenas
D. Diego Gracia Guillén
D. Koldo Martínez
D^a Teresa Parajón
D^a María Tasso

El boletín se publica trimestralmente.

Las opiniones expresadas en este boletín son las de sus autores y en ningún caso expresan la posición del grupo en su conjunto ni de la Facultad.

Para sugerencias, aportaciones, opiniones, o cualquier comentario, contactar con:
boletindebioetica@gmail.com



Capacidades para la vida en una sociedad justa

A la altura de nuestro tiempo es impensable ya un enfoque que no tome en consideración la diversidad, la multiculturalidad, los contextos interpretativos y la perspectiva global. Al hablar de los derechos humanos, intentamos establecer un mínimo ético y legal, que supone la salvaguarda de unos valores que consideramos tan esenciales como para pensar que toda la humanidad debería tener garantizado que nunca se van a poner en peligro. Así, la libertad, la vida, la dignidad, etc. son valores fundamentales que conllevan derechos básicos, como la posibilidad de vivir, la exigencia de condiciones básicas de vida, o la posibilidad de elegir. Dejando de lado el modo como se configuran estos derechos, o si existe un acuerdo universal sobre los valores a defender, parece evidente que, incluso cuando existen legislaciones que recogen estos derechos, éstos se socavan y vulneran constantemente. De ahí que, aun afirmando sin fisuras que ese marco es imprescindible, es más importante aún subrayar la importancia de la educación, de la concienciación sobre la importancia de los valores que se trata de proteger, y de la propuesta respetuosa, no impositiva, de un cambio de mentalidad allá donde no existan estos mínimos.

Entre las muchas aproximaciones posibles, y con una perspectiva que responde a este giro cultural, destaca el enfoque de las capacidades que defiende M. Nussbaum. Esta autora de corte liberal aboga por una búsqueda de elementos de universalización que sean, simultáneamente, respetuosos con las diferencias. Nussbaum está preocupada por la discriminación a las mujeres y por el hecho palpable de que su condición es mucho más dramática que la de los varones en cuanto a desarrollo. La discriminación, la pobreza, las injusticias y el sufrimiento parecen cebarse en la población femenina. Desde aquí plantea la idoneidad de un enfoque de las capacidades, como apertura a la cuestión de la justicia social desde una perspectiva intercultural.

El enfoque de las capacidades está conectado con el trabajo realizado por el economista Amartya Sen. Estos dos autores, A. Sen y M. Nussbaum, trabajaron juntos en el Informe sobre desarrollo humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y han elaborado sendas propuestas de análisis de las capacidades humanas como clave del desarrollo.

La noción de capacidades humanas permite elaborar una teoría sobre las dimensiones importantes de la vida humana, que pretende a la vez defender valores transculturales y dejar un espacio suficiente para la pluralidad y la diversidad cultural.

Este enfoque se refiere al funcionamiento real de personas y grupos en áreas consideradas centrales para la calidad de vida. Es decir, se definen unas funciones centrales en la vida humana, cuya presencia o ausencia es indicador de una auténtica vida humana, de tal modo que si una persona carece de estas capacidades, no puede tener una vida humana buena. De aquí se deriva como consecuencia que la meta de cualquier política debe ser el desarrollo y preservación de las capacidades. Una condición necesaria de justicia para el ordenamiento político público es que éste brinde a los ciudadanos un nivel básico de capacidad en ciertas funciones centrales de la vida humana. Por tanto, han de establecerse ciertos bienes fundamentales que deben ser garantizados por la estructura social y política, como soporte que permite el pluralismo de las opciones de vida.

Por supuesto, el conjunto de capacidades debe recoger todos los elementos esenciales para que la vida de las personas sea tal. Y dado que en esto influyen las diferencias culturales, es necesario un cierto consenso, abierto, dinámico y en continua revisión. Esa lista de capacidades centrales recogería, provisionalmente, los siguientes elementos:

- Vida
- Salud corporal
- Integridad corporal (libertad de movimientos y seguridad, libertad de elección sexual y reproductiva)
- Sentidos, imaginación y pensamiento (libertad para utilizar la propia mente, buscar sentidos a la vida, tener experiencias)
- Desarrollo emocional
- Razón práctica (poder tener y defender una concepción del bien y una idea de la propia vida)
- Afiliación, que incluye la dignidad y la autoestima, y también la capacidad de reconocer y relacionarse con otros (la justicia y la amistad);
- Cuidado de la naturaleza y relación con otras especies
- Juego (reír, jugar, disfrutar)
- Control del propio entorno, que incluye: el control del entorno político (tomar parte en actividades políticas, disfrutar de libertad de expresión y de asociación), y el control del entorno material (la propiedad o el empleo)

La lista de capacidades admite modificación, puede variar y es susceptible de revisión, pues quiere recoger los elementos esenciales que son compartidos universalmente.

Lo interesante de este planteamiento es el énfasis puesto en que es una exigencia moral brindar las oportunidades o garantías necesarias para que se desarrollen las capacidades, lo cual, en muchos casos, es sinónimo de compensar las diferencias existentes entre los individuos, debidas a la "lotería de la vida".

Se puede observar que buena parte de las capacidades que se defienden son derechos humanos reconocidos como tales. Sin embargo, la ventaja de este enfoque radica, por una parte, en que no se conforma con la mera proclamación de la existencia de un derecho (su reconocimiento formal en una legislación), sino que exige la realización de las garantías para las capacidades, de modo que resulta más eficaz. No se limita a unos derechos esenciales mínimos, sino que asume un compromiso con el funcionamiento y florecimiento humano completo. Extiende, por tanto, los límites de los derechos económicos, sociales y culturales, y cambia el énfasis: de la protección de los derechos, a la provisión de garantías legales para asegurar la calidad de vida de individuos y grupos. Por supuesto, aunque algunas de las capacidades sean equivalentes a derechos (reconocidos en la ley internacional), otras van más allá, promoviendo aspectos que contribuyen a una plena realización de la vida humana.

Por otro lado, al plantear un enfoque más relacionado con las funciones de la vida humana, puede ser mucho más sensible a las diferencias culturales y sociales, reconociendo que las exigencias de justicia en relación al desarrollo de capacidades difieren notablemente de unos grupos a otros.

Centrarse en las capacidades humanas, permite además tomar en consideración las invocaciones culturales en la ley internacional. Aspira a un universal pero es sensible a la diferencia. Y proporciona un método para analizar las culturas y tradiciones que afectan a los derechos de las personas. Las normas existentes tendrán que ser aceptadas como ejercicio de elección de racionalidad práctica, y no como imposición que exige obediencia.

La propuesta de Nussbaum resulta adecuada para el análisis de la salud y la calidad de vida de las personas, en su entorno ambiental, contextual, socio-económico, cultural y político. Además, aporta una perspectiva universal que no pierde de vista las diferencias. Y supone una afirmación de que la identidad personal tiene que ver con la posibilidad de elegir, libremente, cómo quiere orientarse la vida, lo cual debe garantizarse como modo de asegurar que la vida sea auténticamente humana. Y esto exige un reconocimiento por parte de la sociedad.

También es esta perspectiva de las capacidades la que aborda P. Ricoeur, si bien este autor enfatiza más la idea del reconocimiento. Las capacidades son, según él, uno de los polos de la identidad personal, el otro es el reconocimiento, es decir, el recurso a las demás personas para dar estatuto social a la certeza personal que tiene cada individuo respecto de sus propias capacidades, porque, afirma Ricoeur, las capacidades se pueden observar desde fuera, pero lo esencial de ellas es que se sienten y viven desde dentro. con certeza.

Lo que se está queriendo decir con este planteamiento es algo esencial: capacidad y reconocimiento son dos elementos necesarios e insustituibles de la identidad de las personas. Lo cual es esencial en la denuncia de la vulnerabilidad que sufren muchos individuos, al no serles reconocidos sus derechos, o al habitar en lugares y circunstancias en donde no se garantiza ni promueve el desarrollo de las capacidades primordiales.

Las capacidades forman parte de una certeza básica que tiene el sujeto acerca de su propia vida y expectativas, sin embargo requieren un interlocutor, cuentan con las demás personas para su ejercicio, de ahí que se planteen con reciprocidad, como modo de reconocimiento. Y el reconocimiento se logra muchas veces por la reivindicación y la lucha, no se otorga de modo inmediato y espontáneo. Desde el punto de vista de la vulnerabilidad social y de las exigencias de justicia que demanda, esta toma de conciencia de la dificultad del reconocimiento por parte de otros, es esencial. Supone la denuncia no sólo de los espacios de vulnerabilidad que generan mayor susceptibilidad, sino también de las situaciones en que la vulnerabilidad es propiciada por la falta de poder, por la imposibilidad de luchar contra tales elementos. Todas estas aportaciones nos llevan a plantearnos la exigencia moral derivada de la constatación de la vulnerabilidad. Las formas de opresión, poder, relaciones asimétricas, violencia o instrumentalización, exigen alzar la voz para alcanzar el reconocimiento. Es una exigencia de justicia que afecta a todos los seres humanos.

Lydia Feito. Profesora de Bioética
Universidad Complutense de Madrid

Referencias bibliográficas

- M. Nussbaum & Sen, A. *The quality of life*. Clarendon Press. Oxford, 1993.
- M. Nussbaum, *Las mujeres y el desarrollo humano*. Herder, Barcelona, 2002
- M. Nussbaum, *Las fronteras de la justicia. Consideraciones sobre la exclusión*. Paidós. Barcelona, 2007.
- A. Sen, *Desarrollo y libertad*. Planeta. Barcelona, 2000
- P. Ricoeur, *Caminos del reconocimiento*. Trotta. Madrid, 2005.
- P. Ricoeur, *Lo justo 2*. Trotta. Madrid, 2008.
- T. Domingo Moratalla, «Del sí mismo reconocido a los estados de paz. Paul Ricoeur: caminos de hospitalidad» *Pensamiento* 62 nº233 (2006) pp. 203-230.
- L. Feito, «Vulnerabilidad» *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* vol.3 Sup.3 (2007) pp.7-22.

El comentario de Diego Gracia

El comentario de Diego Gracia

La alianza deliberativa



La deliberación es un procedimiento consistente en el análisis y ponderación de todos los factores que intervienen en la toma de decisiones, a fin de que éstas puedan ser consideradas razonables, responsables, prudentes, juiciosas o sabias. El proceso puede ser individual o colectivo. Para llevarla a cabo se requieren, como es obvio, ciertas capacidades intelectuales. Pero paradójicamente no son esas las más difíciles de cumplir, sino las relacionadas con el comportamiento y el carácter. Para deliberar, en efecto, sobre todo para deliberar con otras personas, es preciso asumir la limitación del propio punto de vista, de modo que las demás personas, defendiendo posturas distintas o incluso opuestas a las propias, pueden tener, al menos, tanta razón como nosotros; aún más, resulta necesario aceptar que sólo los discrepantes pueden ayudarnos a enriquecer nuestra perspectiva y ampliar nuestro punto de vista, y por tanto a ser más prudentes. Quienes tienen nuestras propias ideas y comparten idénticas creencias no nos pueden ser de ninguna utilidad. De ahí la importancia que para la deliberación tiene la humildad intelectual de no considerarse en posesión de la verdad y cerrarse en banda ante la más mínima crítica. En una palabra, un requisito fundamental de la deliberación es la tolerancia, es decir, la capacidad de distinguir entre discrepante y enemigo, o, como decía Laín Entralgo, la de no hacer del discrepante un enemigo sino más bien un amigo, ya que es quien puede ayudarnos en la búsqueda de la verdad.

Basta plantear así las cosas para darse cuenta de la dificultad del proceso deliberativo, y cómo éste puede fracasar por múltiples motivos, que a veces proceden del medio social o cultural en que las personas se han formado, pero otras tienen raíces biológicas, caracteriales y hasta psicopatológicas, y unas terceras, en fin, quizá las más graves, obedecen a la conjunción de ambos factores. La formación inadecuada que se monta sobre una personalidad de base rígida, da a veces como resultado el cuadro descrito en los tratados de psicopatología con los nombres de personalidad rígida, autoritaria, fanática, dogmática o fundamentalista. Su lema podría ser el que hizo famoso el poeta Guillén de Castro, y que desde entonces se ha considerado definitorio de una buena parte del carácter español: “sostenella y no enmendalla.”

El problema de la intolerancia no es privativo de la ética deliberativa. Lo comparten también las éticas procedimentales del siglo XX que consideran necesario establecer un diálogo en condiciones de simetría entre todos los que vayan a resultar afectados por una norma para poder considerarla correcta. Rawls dejó ya claro en *Teoría de la justicia*, y aún más claro en *Liberalismo político*, que la tolerancia es una condición sin la cual no hay modo de cumplir los requisitos exigidos por lo que él llama la “situación original”. Y Habermas se ha hecho eco en algunos de sus últimos escritos de la absoluta necesidad de la tolerancia para el logro de la simetría que demanda la comunidad ideal de comunicación. Ni que decir tiene que esta dificultad, el hecho de que la tolerancia sea un requisito previo, y que tal requisito no se dé con mucha frecuencia en la práctica, ha hecho surgir críticas contra este tipo de enfoques de la ética, tildándolos de idealistas o imposibles de llevar a cabo en la vida práctica. Se trataría de bellas construcciones ideales sin ninguna posibilidad de aplicación real.

De esta situación de hecho, quienes propugnan estos procedimientos, en nuestro caso la deliberación, suelen echar la culpa a los intolerantes, es decir, a quienes no se avienen a su teoría. La deliberación, dicen, fracasa a causa de los intolerantes, sean éstos normales o patológicos. Pero esto no es del todo cierto, ni tiene por qué ser siempre así. Y ello por dos razones. Una, que ha señalado con énfasis Habermas, es porque la deliberación también ha de contar con la intolerancia, dando espacio a tales posturas. La intolerancia, por tanto, no se hallaría en el mismo nivel que la tolerancia, dado que la deliberación tiene que ser capaz de asumir también las razones de los intolerantes. Esto es lo que Habermas echa de menos, probablemente con razón, en la actitud de Rawls ante la intolerancia.

Pero hay otro motivo de tanto o mayor peso, que Freud fue el primero en identificar. Él advirtió que las enfermedades mentales, particularmente las neurosis, nunca destruyen completamente la personalidad de los pacientes, de modo que en éstos quedan partes mayores o menores que cabe considerar sanas y con las que el terapeuta puede y debe aliarse en orden a conseguir su curación. Esto es lo que se denomina en psicoterapia “alianza terapéutica”. Nadie está completamente loco ni completamente sano, y por tanto es preciso rescatar el lado sano de cada cual para utilizarlo en su propio provecho.

Lo que acabo de exponer es lo que generalmente se entiende por alianza terapéutica. Pero en la obra de Freud esa expresión tiene un segundo sentido, complementario del anterior, y que resulta quizá más útil para nuestro propósito. Se trata de que en el fondo de todo proceso psicopatológico suele encerrarse una verdad que el terapeuta debe ser capaz de identificar y rescatar en beneficio del propio paciente. No todo contenido de un delirio, por ejemplo, tiene por qué ser falso o irreal. Más aún, la tesis de Freud es que siempre hay elementos sanos y normales en el interior de los propios cuadros psicopatológicos.

Leamos ahora unas líneas de su libro *Moisés y la religión monoteísta*. Dicen así: “Hace tiempo hemos advertido que la idea delirante contiene un trozo de verdad olvidada, que ha debido someterse a deformaciones y confusiones en el curso de su evocación y que la convicción compulsiva inherente al delirio emana de este núcleo de verdad y se extiende a los errores que lo envuelven. Semejante contenido de verdad –que bien podemos llamar *verdad histórica*– también hemos de concedérselo a los artículos de los credos religiosos, que, si bien tienen el carácter de síntomas psicóticos, se han sustraído al anatema del aislamiento presentándose como fenómenos colectivos.”

Más allá de las particulares opiniones de Freud a propósito de la religión, es importante resaltar que lo que dice es generalizable al ámbito de todas las “convicciones compulsivas”, algo que por influencia de Kant, bien que indirecta, se ha dado en llamar en ética *Gesinnung*, y que un buen conocedor de la obra kantiana, Max Weber, caracterizó como *Gesinnungsethik*, ética de la convicción. Es el lugar propio de los fanáticos y fundamentalistas. Pues bien, la tesis de Freud es que todos somos en algún punto fanáticos y fundamentalistas, y que en los tenidos por tales hay espacios muy importantes en que no lo son. Esto es necesario tenerlo en cuenta en cualquier proceso deliberativo. De igual modo que en el fondo de todo delirio hay algo que dista de ser delirante o falso, así también en el interior de toda personalidad intolerante, fanática o fundamentalista hay elementos sobre los que sí es posible deliberar.

Ortega y Gasset formuló esto de otra forma y con una terminología que cabe considerar complementaria de la anterior. No hay duda de que todos tomamos por base de nuestra vida lo que él llama “la tierra firme sobre que nos afanamos”, nuestras creencias. Al poner éstas en cuestión, notamos que la tierra se mueve bajo nuestros pies, lo que genera en nosotros inseguridad y por ello mismo angustia. No hay duda de que los fanatismos y fundamentalismos asientan sus reales sobre esos presupuestos indiscutidos e indiscutibles que son nuestras creencias, las de cada cual. Y tampoco la hay de que ellas deben entrar en el proceso deliberativo, ya que todos estamos obligados a que las creencias, que por definición no pueden ser nunca completamente racionales (pues en tal caso no se trataría de creencias sino de ideas), sean, al menos, razonables. La deliberación es la vía para verificar la razonabilidad de nuestras creencias. Algo sobremanera difícil y a lo que todos nos resistimos en medida variable. Hay quienes parecen resistirse absolutamente. Pero no existe creencia inmune, cuando menos, a la duda. Como escribe el propio Ortega, “en esa área básica de nuestras creencias se abren, aquí y allá, como escotillones, enormes agujeros de duda.” Pues bien, por esas grietas que resquebrajan y hacen parcialmente permeable cualquier sistema de creencias, por sólido y compacto que sea, ha de penetrar el espíritu deliberativo. Cabría decir más, y es que sólo él ha podido ser la causa de tales fracturas. Esa es la parte que en orden a la deliberación cabe considerar “sana” y con la que es preciso buscar la alianza.

He mantenido desde hace mucho tiempo que la deliberación es un magnífico procedimiento de autoanálisis, de modo que a través de ella acabamos conociéndonos mejor a nosotros mismos. Su función terapéutica está en que permite identificar nuestras fobias y filias, nuestras rigideces y prejuicios, y por tanto nuestros sesgos inconscientes e irracionales. De ahí que no se aprenda a deliberar más que deliberando, y que ninguno pueda considerarse, en principio, una personalidad deliberativa, ni tampoco quepa catalogar a nadie o casi nadie como incapaz para la deliberación. La deliberación colectiva es el proceso basado en una peculiar alianza entre distintos seres humanos en orden a la búsqueda de la verdad, o al menos de la prudencia. Es lo que cabe llamar, por simetría con la denominada alianza terapéutica, “alianza deliberativa.” Se trata de un proceso siempre abierto, sin término posible. En el tema de la deliberación se es siempre un perpetuo aprendiz. Aceptar esto es haber asumido con todas sus consecuencias el principio de tolerancia. Algo que se halla a mil leguas no sólo del fanatismo, único al que en este texto nos hemos referido, sino también de la indiferencia. Pero esta es otra cuestión, tan grave o más que la anterior.

Diego Gracia

Catedrático de Historia de la Medicina
Universidad Complutense de Madrid



Bioética aplicada en Urgencias: Encefalopatía hipercápnica y la planificación anticipada de cuidados sanitarios

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un importante problema de salud, presenta una alta prevalencia y, en época invernal, son frecuentes las exacerbaciones aumentando las consultas en los servicios de Urgencias y en Atención Primaria.

Clásicamente las decisiones en Medicina se han sustentado en hechos, es decir, en criterios clínicos derivados tanto de la experiencia de los profesionales como de la evidencia científica. La encefalopatía hipercápnica es una de las complicaciones más graves de esta enfermedad, pues merma el nivel de conciencia del paciente y por tanto interfiere en su capacidad de decidir. Es frecuente que se plantee la duda entre intubar al paciente o aplicar medidas de tratamiento conservador, consistentes en la ventilación no invasiva modo BIPAP.

El tratamiento invasivo, consistente en la intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica, está indicado en enfermos con bajo nivel de conciencia y se recomienda para mejorar el problema ventilatorio subyacente, pero se trata de una medida asociada al riesgo de desarrollar potenciales complicaciones futuras, como son el desarrollo de neumonía asociada a ventilación mecánica, necesidad de traqueostomía si se fracasa en la extubación, o barotrauma. La ventilación no invasiva es un tratamiento que ha demostrado su utilidad en el manejo del EPOC con insuficiencia respiratoria hipercápnica, mejorando el problema ventilatorio (1). Inicialmente se considera contraindicada en casos con disminución del nivel de conciencia, ya que es un procedimiento en que es necesaria la colaboración del paciente, fundamentalmente para lograr una

sincronía entre el paciente y el respirador, y porque no protege la vía aérea de posibles aspiraciones (2), aunque hay estudios que han documentado la eficacia de este tratamiento a pesar de que exista disminución del nivel de conciencia (3,4). Hay que destacar que la intención de estas medidas no es tratar el proceso crónico, sino un proceso agudo intercurrente, la exacerbación, frecuentemente ocasionado por complicaciones infecciosas.

El dilema con el que se encuentra el clínico ante estos pacientes en Urgencias parece justificado, y la incertidumbre descrita en la práctica condiciona una variabilidad clínica en su manejo que ya se ha descrito previamente en la literatura con casos similares (5).

En los Servicios de Urgencias suele ser frecuente afrontar situaciones de emergencia. Esta característica, no presente en otras especialidades médicas, dificulta la aplicación del actual modelo de relación clínica, en el que se debe contar con la opinión y los deseos del paciente, al precisar de una actuación rápida. En muchas ocasiones no hay tiempo de establecer ese proceso de diálogo para la toma de decisiones compartidas y el tiempo es fundamental para madurar decisiones, pero lamentablemente no siempre se dispone del mismo. Además la capacidad del paciente grave, como los enfermos con encefalopatía hipercápnica, suele estar comprometida. La incorporación de los valores en la toma de decisiones dota a éstas de mayor consistencia y calidad, las voluntades vitales anticipadas llevan un decenio en vigor en nuestro país, y protegen el derecho a que se consideren los deseos del paciente, expresados previamente,

respecto a una intervención médica en situaciones en que el paciente no pueda expresar su voluntad.

Sin embargo nos queda la impresión de que la legislación ha ido por delante de la demanda social: En el año 2010 aproximadamente 18000 pacientes habían cumplimentado sus voluntades vitales anticipadas en Andalucía, luego el escenario en el que nos encontramos es que la mayoría de nuestros pacientes no las ha realizado. Pero no debemos caer en el error de considerar que se trata simplemente de un documento firmado; de la misma forma que el consentimiento informado es un proceso más complejo e integrador que la firma de un papel, la planificación anticipada de los cuidados sanitarios no tiene por qué sustentarse exclusivamente en un formulario escrito, que es un instrumento más de este proceso. El poco uso de las voluntades vitales anticipadas debe ser revisado y debatido: ¿Realmente nuestra población conoce este derecho y cómo acceder al mismo?; ¿fomentamos los profesionales sanitarios su utilización?; ¿qué papel tienen las distintas especialidades?; ¿resulta operativo que las voluntades vitales anticipadas tengan diferentes patrones en nuestras comunidades autónomas y no haya un modelo común nacional?

La historia de valores se nos antoja tan importante como la anamnesis, exploración física, realización de pruebas complementarias o pautar un tratamiento. El enfermo con EPOC y encefalopatía hipercápnica es cotidiano en los Servicios de Urgencias y el dilema en cuanto a su manejo también. Es previsible que los profesionales de Urgencias nos enfrentemos en repetidas ocasiones a esta situación y, por tanto, recomendable que los neumólogos y médicos de Atención Primaria que atienden a estos enfermos en la fase crónica les expongan el deterioro de su enfermedad que puede acontecer y les expliquen las alternativas de tratamiento posibles, para acordar conjuntamente cómo quieren que se actúe

Ángel Estella

Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Intensiva

en situaciones agudas y en condiciones de incapacidad, dejando constancia de su decisión en la historia clínica.

Anticipándonos a situaciones futuras y previsibles y considerando las preferencias de nuestros pacientes en base a sus valores en nuestra evaluación, dotaremos de forma prudente y respetuosa a la toma de decisiones de una mayor calidad.

Bibliografía

- 1.- Dreher M, Ekkernkamp E, Walterspacher S, Walker D, Schmoor C, Storre JH, Windisch W. Non-invasive ventilation in COPD: Impact of inspiratory pressure levels on sleep quality: A randomized cross-over trial. Chest. 2011 May 12 (en prensa)
- 2.- R. Artacho, J.I. García de La Cruz, J.A. Panadero, A. Jurado Solís, H. Degayón, A. Guerrero. Ventilación mecánica no invasiva. Utilidad clínica en urgencias y emergencias. Emergencias 2000;12:328-336.
- 3.- Díaz GG, Alcaraz AC, Talavera JC, Pérez PJ, Rodríguez AE, Córdoba FG, Hill NS. Noninvasive positive-pressure ventilation to treat hypercapnic coma secondary to respiratory failure. Chest. 2005 Mar;127(3):952-60.
- 4.- Scala R, Naldi M, Maccari U: Early fiberoptic bronchoscopy during noninvasive ventilation in patients with decompensated chronic obstructive pulmonary disease due to community-acquired-pneumonia. Crit Care 2010, 14:R80.
- 5.- Gómez Rubí JA, Gómez Company JA, Sanmartín Monzó JL, Martínez Fresneda M. Conflictos éticos en la instauración de la ventilación mecánica: análisis de la actitud de profesionales de Cuidados Críticos, Emergencia y estudiantes. Rev Clín Esp 2001; 201:371-377.

Construyendo valores en la diversidad: En el X Congreso de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica

Aunque por el hecho de haber participado en la organización del Congreso soy la persona menos indicada para hacerlo, pienso que puedo con total tranquilidad afirmar que, tanto por las ideas presentadas y debatidas como por las vivencias y sensaciones compartidas durante el mismo, el X Congreso Nacional de la ABFyC (Asociación de Bioética Fundamental y Clínica) ha sido todo un éxito. No negaré que un mes antes tuve dudas de si realmente íbamos a ser capaces de celebrarlo, tanto por las escasas ayudas externas para su celebración -cuestión ésta nada baladí que habremos de tener en cuenta para los siguientes- como por el reducido número de personas apuntadas unos pocos días antes de su inicio, consecuencias ambas seguramente de la situación de crisis económica en que estamos inmersos. Pero al final, pudimos celebrarlo, y hacerlo con un importante número de participantes y con unas ponencias de gran calidad.

Resulta difícil decir qué fue lo mejor, lo más enriquecedor, qué ideas las más motivadoras y cuáles las más novedosas. Y es que las reflexiones y las propuestas fueron muchas y muy variadas. Como preámbulo de lo que venía después, celebramos un foro de encuentro con representantes de asociaciones de enfermos de diversa índole (daño cerebral adquirido, cáncer de mama, pacientes oncológicos pediátricos, enfermos mentales y otros) Sus aportaciones de cara a cómo quieren ser tratados, sus críticas y también -por qué no decirlo- sus reconocimientos a los profesionales de la salud suscitaban vivos debates y fueron después presentadas en la última mesa redonda del Congreso. La conclusión más importante del foro fue, en mi opinión, que enfermos y profesionales discrepamos en cuanto a los objetivos de la atención a la salud y que es absolutamente necesario que reflexionemos en conjunto sobre el nuevo rol que, al parecer, los enfermos nos otorgan y exigen.

Aunque muchas veces hemos dialogado sobre las similitudes y diferencias entre ética y ley, pocas veces lo habíamos hecho sobre ética y religión. La mesa que giró en torno a esta cuestión suscitó un vivo interés. Lógico cuando se consigue reunir para ello a ponentes tan relevantes como Miguel Sánchez, Javier Armentia, Juan Masiá y Mariano Iceta, quienes aportaron estimulantes reflexiones desde sus personales perspectivas, muy enfrentadas a veces. Muchos fuimos quienes nos quedamos con ganas de más, sobre todo al constatar las distintas visiones que desde una misma religión mantenían en concreto los dos últimos ponentes de cara a la construcción de la ética.

La mesa que giraba en torno a las relaciones entre ética y política acaparó de manera especial la atención de los medios y de la sociedad navarra. No en balde participaban en la misma ponentes de la talla de Daniel Innerarity, que incidió en la toma de decisiones equivocadas por parte de sociedades cada vez dotadas -al menos teóricamente- de más información que nunca, o de Fernando Grande-Marlaska, que expuso un análisis de la ética del modo de razonamiento judicial a la hora de dictar sentencia.

Núria Masnou, Núria Terribas, Juan Cabasés y Rafael Matesanz compartieron reflexiones, preocupaciones y resultados de investigaciones empíricas relacionados con los nuevos trasplantes en una mesa que se caracterizó por la profundidad de las convicciones de las preguntas hechas y las opiniones vertidas posteriormente por el público asistente.

Dos mesas posteriores, con gran participación de miembros de la ABFyC, analizaron los nuevos retos a los que nos enfrentamos los profesionales de la salud hoy, retos derivados de la llegada a nuestro entorno de pacientes de distintas culturas, de la aparición de patologías que afectan a sectores jóvenes de nuestra población, de las nuevas exigencias que desde la sociedad se nos hacen, así como los que surgen del análisis que desde dentro de las propias profesiones sanitarias se hacen para encararlos y de las nuevas tareas a las que nos vamos incorporando junto con una revisión en profundidad de qué aspectos de nuestra formación deben ser modificados y actualizados.

Hubo tiempo para las Comunicaciones. Se presentaron numerosas aportaciones teóricas, experiencias prácticas y resultados de investigaciones, pero no se dispuso del tiempo necesario para comentar todas ellas. Y este es el aspecto respecto del cual me siento más crítico y que deberemos tener en cuenta para siguientes congresos. Algunas no se pudieron debatir y otras tuvieron que ser presentadas en un formato que hizo difícil el acceso a ellas. Aún así, se premiaron las que fueron consideradas como mejores por un comité de selección.

Los profesores Adela Cortina y Diego Gracia iniciaron y cerraron el Congreso, respectivamente. Sus conferencias sobre el pluralismo moral y la construcción de los valores marcaron el tono del Congreso y reafirmaron la importancia y la necesidad de la ética en un mundo en movimiento.

Celebramos la pertinente asamblea de la ABFyC en la que, además de plantearnos el programa de actuación de la asociación para los próximos años, se renovó la Junta Directiva. Aprovecho la ocasión para agradecer la labor de las personas salientes, así como la decisión de quienes se presentaron para ocupar los cargos vacantes, resultaran elegidos o no. Todos los asociados son importantes y necesarios para difundir la Bioética. Con todos cuento, no solo con los elegidos para la Junta.

El Colegio Oficial de Enfermería de Madrid aprovechó la ocasión para entregar la Medalla al Mérito Enfermero a Raquel Buisán, vocal de la Junta Directiva de la Asociación, en un acto al que puso el colofón el ministro Ángel Gabilondo, que nos deleitó con una inesperada conferencia con la que cautivó a la audiencia por su cercanía y sabiduría.

No quiero dejar sin mencionar dos fallos que debemos subsanar para futuros congresos: se necesita dar más tiempo para el debate tras las mesas redondas (disminuyendo el número de ponentes a tres en cada una) y se debe mejorar el modo de presentación de las comunicaciones. Se trata de errores de los que me hago único responsable y por los que pido perdón a todos los participantes en el Congreso.

Me siento obligado a expresar mi agradecimiento a todas las personas que con su trabajo hicieron posible la celebración del Congreso. La lista es larga y todas ellas fueron importantes: comités científico y organizador, secretaría técnica, comunicación y diseño, agencia de viajes, entidades e instituciones colaboradoras, medios de comunicación, ponentes y asistentes al Congreso. Vaya pues mi reconocimiento y mi agradecimiento más cordial a todas ellas.

Quiero, para terminar, informar que todo el Congreso fue grabado en vídeo y que las imágenes serán subidas próximamente a la página web de la ABFyC, donde estarán disponibles para quien desee recuperarlas. Ahora nos queda seguir trabajando día a día, construyendo valores en la diversidad.

Koldo Martínez Urionabarrenetxea
Presidente de la ABFyC



Los brazos de Esculapio

La estatua de Esculapio encontrada en Ampurias (Gerona) en 1909 es la mejor escultura griega encontrada en nuestro país sobre el dios de la medicina. Con motivo del centenario del hallazgo fue restaurada. Se han restituido los brazos y recuperado 85 fragmentos. Se ha fechado en el siglo II a. de C. y se puede visitar en el Museo Arqueológico de Barcelona.

Nacido mortal, fue fulminado por Zeus ya que tenía el poder de resucitar a los muertos. Se le veneró en todo el Mediterráneo. Se le representó junto a una serpiente enroscada en un báculo que sigue siendo el símbolo de la medicina.

Una reflexión sobre la historia de la medicina

Este Esculapio de escuela fidiaca, con exquisita armonía de líneas, permite reflexionar sobre un rico pasado de la historia de la medicina donde se conjugaban la mitología y la racionalidad.

La medicina proviene de la filosofía. Pitágoras fue uno de los primeros médicos. Curaba con música, medidas higiénicas y dieta vegetariana. Fundó la liga pitagórica, que era una religión mística como instrumento de una reforma social. Fue el germen de la República de Platón.

Con Alcmeón de Crotona comienza la medicina experimental y termina la mágica. Comienza las primeras disecciones y considera al cerebro como centro de sensaciones. A partir de aquí *"la enfermedad no es una voluntad del Olimpo sino un desequilibrio fisiológico"*.

Empédocles de Agrigento amplía la terapéutica. Crea la homeopatía. Defendió la vida vegetariana. Fue médico, poeta, vidente y sacerdote. Se le ofreció la dignidad real. *"Todas las plantas tienen su ideal en el laurel, los animales en el león y los hombres en los médicos y videntes"*.

Demócrito de Abdera comparaba la importancia de la enseñanza de la medicina al valor que tiene la medicina para curar enfermedades. *"El sentido de la vida no es el goce de los sentidos, sino el permanente bienestar del alma o eutima, para lo que hay que combatir las pasiones y no creer que las riquezas y honores dan la felicidad. Felicidad e infelicidad están dentro de uno"*.

Sócrates orienta toda su filosofía por la idea del bien como objeto esencial de la razón. Lo verdadero, lo bueno y lo bello formaban a su entender una unidad racional de la que Dios es expresión viva.

Esculapio, hijo de Apolo, es un médico familiar sobrenatural de carácter bondadoso. Los Padres de la Iglesia Cristiana le consideraron el rival más serio de Jesucristo. En su templo ninguna persona fue rechazada, siendo la pureza de pensamiento el único requisito. *"La pureza consiste en concebir únicamente pensamientos sagrados"*. Sófocles le dedicó un himno. Las últimas palabras de Sócrates fueron para él. Alejandro Magno, Marco Aurelio y Juliano eran fieles de Esculapio.

Los templos de Esculapio tenían patios, alamedas y baños. El centro del templo estaba adornado con obras de arte. Al lado, el *abatón*, donde los peregrinos se retiraban para ser visitados por el dios en sueños. La terapéutica se basaba en la sugestión e interpretación de los sueños, curas físicas y climáticas, purificaciones y dietética. Según las inscripciones de los templos allí curaban la parálisis, la epilepsia, la ceguera, la hidropesía, las cefaleas, la esterilidad, las lombrices, la tuberculosis, la gota y se protegía la salud de la familia.

A modo de síntesis

La religión mística y la terapéutica por música, higiene y dieta vegetariana de Pitágoras; las primeras disecciones de Alcmeón de Crotona, evitando las "decisiones" del Olimpo como origen de la enfermedad; la homeopatía de Empédocles y la humanización de la vida en Sócrates buscando lo verdadero, lo bueno y lo bello, tienen una bella síntesis en Esculapio. Las verdades suelen flotar en el viento. Los filósofos griegos nos enseñaron a romper esferas que ocultaban las verdades. Reflexionar sobre los filósofos de la naturaleza sirve para comprender mejor el origen de la medicina, de la que nunca se debió desprender. La figura de Esculapio dio paso a la llegada de Hipócrates. Aquí comenzó otra era en la medicina.

¡Que los brazos de Esculapio lleguen hasta la medicina actual!. Por mi parte le doy la más calurosa bienvenida y le estrecho la mano. No es pecado recordar a los clásicos. Y tampoco leerlos por primera vez.

Joaquín Callabed

Publicado originalmente en el blog colectivo *Andalán*

Ni siquiera la fría lluvia de noviembre

Do you need some time

On your own

Do you need some time

All alone

Esta mañana también ha amanecido lluviosa en Teruel y acabo de descubrir a qué viene tanta referencia a este hecho, y es que no se puede resistir, hay que escribir algo, dejar que salga un trocito de alma, y ponernos un poco tristes si se tercia, porque no sé a vosotros, pero a mí este tiempo gris me pone triste, es posible que por eso no me guste el mes de noviembre, y si pudiera lo quitaría del calendario, por ser un mes tonto, entre el aún templado mes de octubre, y el frío diciembre. No es que le tenga manía por ser otoño; para mí esta estación no deja de tener su encanto, con los fantásticos colores, que también aquí aparecen, y que pintan el rincón del parque, que puedo ver desde donde me siento, cerca del ventanal, muy arriba. Y me agrada esa penita, que no voy a dejar crecer, y que me hace cosquillas en la garganta, y me dejo ir, mientras que mi hijo no me devuelva a la realidad. He dicho mi hijo, y se me llena la boca, y como mamá tengo que añadirle la “s”, no puedo dejar fuera al gran Pablo. ¿Cómo explicarlo?, ¿qué es lo que dice mamá?. Qué dedo dolería menos si me lo arrancaras, o algo parecido.

Tampoco me gusta el mes de noviembre porque se murió mi hija en un tonto mes como éste, hace ahora dos años, y aunque soy poco amiga de hurgar en las heridas, tampoco quiero olvidarla. Pero mamá siempre que la nombra lo dice así: “tu hija”, y a veces me suena extraño, porque ya sabéis que no la vi, y cuando entonces no quería saber nada de ella, ni siquiera su sexo, menos aún su aspecto, ahora desearía poder verla, o, mejor, poder ver cómo hubiese sido, lo que no fue. Solo conozco su peso, 2.200, y me agarro a cualquier dato para imaginarla, hasta al nombre que no tuvo, y que ni siquiera sé si hubiese sido el suyo al fin. Esther, porque no se puede llorar a una hija tan impersonal. Eso quería yo cuando intenté que nadie supiera nada de ella, y a dios gracias no me hicieron caso, porque en cuando pase el mes de noviembre querría ir a ver su tumba. Puede que aún sienta que tengo una gran deuda con ella, porque no la pude cuidar mejor, no la pude salvar pese a tenerla tan cerca, tan dentro. ¡Putá mala suerte! Y recuerdo que, como si sospechase ya algo, aquella mañana le quise hacer chantaje al destino. Fuí a hacer una donación para los niños de Etiopía, que era en ese mes de noviembre lo que nos removía la conciencia, y pensé que después de hacer una buena obra (como nos enseñaron las monjas), no iba a ocurrirme algo muy muy malo. No funcionó. O sí, quién sabe, al menos yo salí enterita del trance. Y luego llegó Jesús, y ahora estoy contenta, que estos ratos son mi tonta manera de ser justa con Esther, le debo tanto cariño que tenía guardado para ella sola y que no pudo tampoco nacer, que ahora que la rabia y la pena no duelen tanto, tengo que llevárselo de alguna manera. Por eso iré al cementerio de Teruel, donde ya tengo mis 2.200 enterrados.

But if you could heal a broken heart

Wouldn't time be out to charm you

Ya se me ha pasado un poco. Además estoy oyendo al pequeñín, voy a verlo, seguro que Esther también se parecía a ellos dos y, como dice JJ que dice Borges: “ Y sin embargo hay algo que se queda / Y sin embargo hay algo que se queja”.

Y tranquilos, que no estoy depre ni nada por el estilo, es sólo que a cada uno la lluvia le remueve algo, y todo esto ha venido porque esta mañana también he decidido que voy a hacer una donación (como dicen por la radio), que es una pasada la última desgracia en centroamérica, y ya sé que con eso puede que sólo tranquilice un poco mi conciencia, para seguir viviendo mi cómoda vida, pero ahora no estoy para estos problemas éticos. Quizá otro rato.

Don't ya think that you

Need somebody

Don't ya think that you

Need someone

Everybody needs somebody

You're not the only one

You're not the only one

November Rain, Guns N' Roses

Concha Gómez Cadenas,

en colaboración con su hijo Pablo, que aportó el texto de *November Rain*.

Enfermera del C.S. de Monreal del Campo. Teruel

Noviembre, 1998.



Reseña de Libros

Bioética: el estado de la cuestión

L. Feito, D. Gracia, M.A. Sánchez (eds.)

Editorial Triacastela. Madrid, 2011

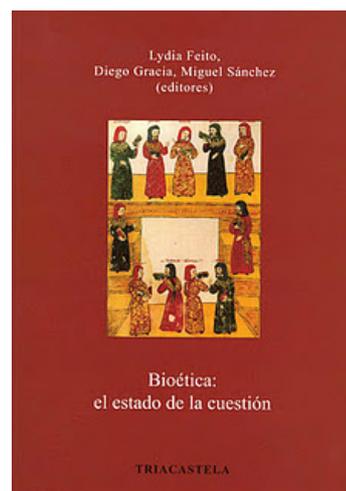


Acaba de aparecer el libro titulado “Bioética: el estado de la cuestión”, editado por L. Feito, D. Gracia y M. Sánchez, en la editorial Triacastela en colaboración con la Fundación de Ciencias de la Salud. El motivo principal del libro es triple: por un lado, surge como trabajo de un conjunto de personas que tienen una vinculación con Diego Gracia, a quien quieren rendir homenaje con estos textos. Por otro lado, se conmemora también así el XX aniversario de la Fundación de Ciencias de la Salud. Y en tercer lugar, se trata de cubrir un vacío en la bibliografía sobre bioética en castellano. Esta obra colectiva es una interesante aportación a la reflexión sobre los elementos definitorios de la bioética actual. Este libro pretende también marcar una pauta en lo que puede ser la investigación en bioética en este país. Pretende no sólo dibujar un “estado de la cuestión” sino también explorar lo que puede ser un objetivo de investigación: la cuestión del método. Desde esta perspectiva, buena parte del estado de la cuestión pasa por la cuestión del método. El índice de temas y autores da muestras de la riqueza, variedad y profundidad del trabajo emprendido.

Más allá del interés de todas las intervenciones me gustaría destacar el trabajo de Diego Gracia. Trata de la cuestión de la deliberación, sin lugar a dudas su aportación más original a la bioética reciente. Es un tema que viene trabajando desde hace años en cursos, conferencias y en publicaciones, normalmente breves; aquí tenemos la suerte de poder contar una amplia y completa exposición. Para aquellos que quieran conocer el método de trabajo en bioética de Diego Gracia este libro se convertirá en una referencia inevitable. En dicho trabajo, explica en qué consiste el método, sus pasos, su historia, su alcance, y luego, quizás lo más interesante, lo lleva a la práctica utilizando uno de los textos más importantes de la tradición ético-narrativa occidental: la “Antígona” de Sófocles.

Me gustaría señalar brevemente el potencial del método deliberativo. Tiene su origen y aplicación inmediata en el campo de la ética médica, pero sin lugar a dudas puede presentarse como extensible a todo el campo de la ética. Si en algún momento se ha podido pensar que la bioética es el modelo y paradigma de las éticas aplicadas y de la ética civil, encuentra ahora, gracias a la deliberación, gracias a esta propuesta metodológica, su cumplimiento y realización. La deliberación no sólo es el método de la ética clínica, y de la bioética, también lo es de la ética.

El desarrollo y perfeccionamiento del paradigma deliberativo, entendiendo por tal una actitud y un método, es una de las grandes tareas en las que estamos implicados muchos de los que participamos en este libro. Sin duda es un libro homenaje, pero también es una responsabilidad. La tarea está abierta; el trabajo no ha hecho más que comenzar.



Índice

Introducción. Lydia FEITO

I. La cuestión del método en bioética

Métodos de investigación cuantitativa en bioética. Francisco José de ABAJO

Consultores en ética clínica y sus funciones. Juan Pablo BECA I.

Toma de decisiones compartida: el caso de las decisiones silentes y el privilegio terapéutico. F. BORRELL i CARRIÓ

Bioética en perspectiva hermenéutica: hacia un método hermenéutico-deliberativo. Tomás DOMINGO MORATALLA

El modelo narrativo como vía de enseñanza de la bioética. Lydia FEITO GRANDE

Teoría y práctica de la deliberación moral. Diego GRACIA

Bioética: el arte de la interpretación y la deliberación. Henk ten HAVE

Paradigmas de investigación en bioética: lo cualitativo, el giro pragmático y la investigación-acción. Abel J. NOVOA

II. Temas y problemas en la bioética actual

¿Progreso mediante selección eugenésica? La perspectiva nietzscheana. Jesús CONILL

Bioética global. Un mapa de la bioética para el siglo XXI. Adela CORTINA

Una ética de la psiquiatría: presente y futuro. James DRANE

Diego Gracia, el pragmatismo español y el futuro de la bioética. Pablo RODRÍGUEZ DEL POZO y Joseph J. FINS

De la impotencia y fracaso de la bioética cuando renuncia a lo que tiene que ser: el caso de la planificación anticipada de la asistencia sanitaria. Javier JÚDEZ

La bioética en el contexto de las humanidades médicas. José LÁZARO

La ética de nuestro tiempo: la bioética. Carlos POSE

El problema demográfico: teorías explicativas y propuestas éticas. Miguel Ángel SÁNCHEZ GONZÁLEZ

Tomás Domingo Moratalla

Profesor de Ética. Universidad Complutense de Madrid

Reseña de Libros

Confesiones de un médico

Alfred I. Tauber

Editorial Triacastela. Madrid, 2011



Médico y filósofo, Alfred Tauber es uno de los representantes más notables de las Humanidades Médicas, y una persona comprometida y preocupada por la labor de la medicina a la altura de nuestro tiempo. Titulado como “confesiones” un género que siempre permite una narrativa más espontánea que la de los tratados sistemáticos, lleva sin embargo como subtítulo el de “un ensayo filosófico”, lo cual alerta contra la tentación de pensar que todo va a quedar en una mera exposición de vivencias y opiniones. Aunque es verdad que el texto, ameno e interesante, está plagado de experiencias personales, Tauber no escatima en rigor cuando se trata de exponer temas filosóficos, y lo hace profusamente al analizar la idea de autonomía, tal como se ha ido constituyendo en la historia de la filosofía, de la mano de autores como Nietzsche, al que concede una especial importancia.

Tauber escribe su libro en el contexto de un mundo sanitario en situación de cambio, que considera sometido no sólo a influencias y determinaciones económicas o políticas, sino principalmente a una transformación radical en la que se está configurando un orden moral nuevo. En ese espacio el médico tiene que desarrollar una profesionalidad teñida de compromiso y, por tanto, cultivar una ética de la virtud. El mismo resume su concepción de esta “medicina ética”: «El cuidado del paciente supone reconocer y responder a la *persona* que sufre: no como paciente, no como cliente, no como consumidor, sino como alguien que apela a la humanidad del médico.»

Evitar la deshumanización de la medicina y promover el cuidado del otro son, pues, las claves de esta manera de entender la profesión médica, imprescindible a la altura de nuestro tiempo. Pero Tauber va más allá, y en su propuesta de una “nueva ética médica” no tiene reparos en afirmar con contundencia que «*Todos* los profesionales sanitarios deben convertirse en especialistas en ética», si bien es consciente de las limitaciones que tienen los programas de enseñanza, frente al impacto y el poder de imposición de las prácticas habituales que se observan, y del caldo de cultivo que representa la sociedad en la que se inscribe la tarea médica.

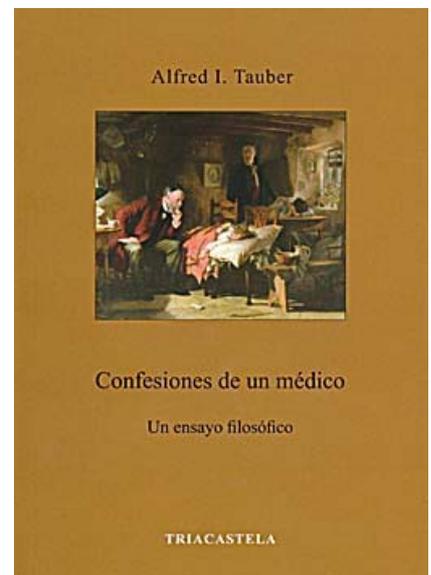
Si la ética es una prioridad para la medicina, como propone Tauber, no puede confiarse tan sólo a la reafirmación de los principios éticos, y desde luego, no basta el ámbito legal en el que, sin embargo, tan ciegamente se confía. Es necesario recuperar y promover el ámbito de la relación clínica, la interacción entre médico y paciente, en la que ese aspecto de la medicina humanista se hace más palpable, cayendo más del lado del “arte” de curar, que de la ciencia y la técnica despersonalizadoras. Por eso propone un enfoque relacional de la ética médica, en el que se enfatiza el encuentro personal y la confianza como claves de una relación de cuidado en la que el médico ha de estar atento a lo que Levinas denominaba el “rostro del otro”.

Y desde aquí es desde donde se puede defender la idea de autonomía. Al modo como lo hacen otros autores, como Pellegrino o Thomasma, Tauber se inscribe en esa corriente que no renuncia a la autonomía del paciente, pero que, sin retornar al paternalismo, considera que no es posible pensar en relaciones de estricta igualdad entre médico y enfermo. El médico es un agente moral, cuya responsabilidad es poner sus conocimientos al servicio de la restauración de la autonomía del paciente que, por el mero hecho de enfermar, ya puede estar amenazada. Por eso la relación no puede ser simétrica. El paciente espera del cuidador que le ayude a recuperar su salud, su identidad, su autonomía. Y esta es la razón de ser de la propia medicina. Y es también un modo de crecimiento y desarrollo personal para el propio médico. «El médico se compromete éticamente como cuidador para restablecer la identidad completa del paciente. (...) *al verle* verdaderamente, el profesional se experimenta a sí mismo en su plenitud. De esta manera, la tarea de una ética médica centrada en el encuentro asistencial realiza tanto al paciente como al cuidador. Cada uno se convierte en un *yo relacional*.»

Sin duda es una interesante reflexión, que enlaza con otras muchas propuestas de ética médica (como la de Laín Entralgo, en nuestro contexto) que han enfatizado la relación médico-paciente como clave del compromiso profesional. Merece la pena perderse en las páginas de este libro y pensar con él.

Lydia Feito

Profesora de Bioética. Universidad Complutense de Madrid



Caso Clínico Comentado

Historia Clínica

Mara es una niña de 7 años de origen rumano que fue traída a urgencias de pediatría por su madre y su abuela en situación clínica de extrema gravedad. Aportaban un escueto informe en idioma rumano, en el que, pese a la dificultad lingüística, pudimos entender que Mara había sido diagnosticada ocho meses antes de una Leucemia mieloide aguda (LMA) en Bucarest. El cuadro debutó con hiperleucocitosis de 225.000/ml, infiltración masiva de médula ósea y hepatoesplenomegalia. Recibió allí 2 ciclos de quimioterapia (QT) intensiva acorde con las pautas vigentes para tratamiento de la leucemia mieloide infantil, sin alcanzar remisión, por lo que se consideró refractaria y se propuso tratamiento paliativo basado en soporte transfusional, según constaba. Debido al empeoramiento clínico de la pequeña y al hecho de que la mamá vivía en España, decidieron traerla a nuestro país para tratamiento y, el día previo a su ingreso, realizó el largo viaje en autobús, acompañada de su abuela.

Situación social: La niña pertenecía a una familia rumana de escasos recursos, cuyos padres estaban separados. La mamá había venido a España dos años antes y trabajaba de asistenta de hogar en el domicilio de una pareja de médicos del hospital. Convivía con su otra hija de 6 años y su nueva pareja, que no tenía trabajo. Mara había quedado en Rumanía al cuidado de sus abuelos.

Exploración al ingreso:

A su llegada a urgencias destacaba gran deterioro del estado general, malnutrición extrema por caquexia maligna con edemas en manos y pies. Intensa palidez cutáneo-mucosa, boca séptica, ictericia, protrusión palpebral y hemorragias conjuntivales. Grandes conglomerados de adenopatías de consistencia leñosa en regiones preauriculares, cervicales y submandibulares, hipertrofia amigdalal, hipoventilación de hemitórax derecho, importante distensión abdominal con hepatoesplenomegalia masiva. Ausencia de signos de focalidad neurológica.

Exploraciones complementarias relevantes:

Hemograma: 184.400 Leucocitos/mm³, Hb: 4.3 gr/dl. Plaquetas: 53.000/mm³, 20% de blastos.

Parámetros de disfunción hepática: índice de Quick 67%, déficit de factores vit K dependientes, elevación de transaminasas, hiperbilirrubinemia con patrón de colestasis (bilirrubina máxima de 17 mg/dl, a expensas de su fracción directa) e hipoalbuminemia. LDH y Ferritina notablemente elevadas (1.200 U/L y 4.300 mcg/dl, respectivamente). **Aspirado de MO:** confirma LMA tipo M4.

Rx y TAC torácico: infiltración de parénquima pulmonar y derrame pleural derecho.

Ecografía Abdominal: Hepatoesplenomegalia con edema periportal, discreta dilatación de vía biliar intra y extrahepática sin alteración de flujo portal, páncreas aumentado de tamaño, hipertrofia e hiperecogenicidad renal, escaso líquido libre intraperitoneal, múltiples conglomerados de adenopatías paraaórticas. Todo ello compatible con *infiltración leucémica masiva multiorgánica*.

Estudio cardiológico: insuficiencia mitral ligera con mínimo derrame pericárdico.

Evolución y tratamiento:

Tras estabilización inicial y completar estudio de extensión, Mara recibió tres ciclos consecutivos de QT de reinducción a intervalos de 3 semanas, con intención de proponer un trasplante alogénico en caso de obtener remisión completa (RC). Se consiguió buena respuesta inicial con mejoría de parámetros clínicos y escala de Karnofsky (de 40 a 60 puntos), pero no se alcanzó en ningún momento respuesta medular significativa. Para facilitar el tratamiento, se colocó un catéter venoso central externo tipo Hickman.

La situación de inmunosupresión prolongada secundaria a QT condicionó múltiples complicaciones infecciosas incluyendo candidiasis sistémica, colonización por *Streptococcus pyogenes*, sobreinfección por virus herpes, y un cuadro compatible con enfermedad venooclusiva hepática. Además, la presencia de 15% de blastos en una médula prácticamente acelular confirmó la persistencia de enfermedad medular activa.

En ese momento Mara llevaba tres meses ininterrumpidos ingresada en el hospital, acompañada permanentemente por su abuela, que no entendía español. Su mamá la visitaba de vez en cuando, y a requerimiento de los médicos, para información en momentos claves para la toma de decisiones. Su situación clínica era lábil, precisando fármacos inotrópicos, diuréticos, administración de hemoderivados a diario, nutrición parenteral y analgesia de tercer escalón. Recibía antibioterapia de amplio espectro, antifúngicos y antivirales, con ajustes periódicos en función de resultados bacteriológicos. En este punto, y en situación de enfermedad refractaria e incurable, se reconsideraron las opciones terapéuticas por parte del equipo, y se planteó a la familia el cese de tratamiento citostático con intención curativa, centrando la atención en cuidados paliativos y de confort. Se les informó del pronóstico infausto con probable desenlace fatal a corto-medio plazo.

Ante esta situación, la madre, en representación de la familia, expresó su deseo de trasladar a la niña a Rumania, su país de origen, en vida, para que pudiera ver de nuevo a su abuelo y a sus amiguitas y fallecer en su casa rodeada de su familia. Desde el punto de vista médico, se desaconsejó el alta hospitalaria, para realizar un largo viaje que podría ser fatal en la situación clínica de alta dependencia farmacológica y de cuidados que presentaba la pequeña.

Se solicitó al Comité de Ética asesoramiento sobre la pertinencia de atender el deseo familiar de traslado a su país en vida, considerando que se trataba de una menor y que se dudaba de la calidad de los cuidados que se le pudieran prodigar en Rumania en la fase terminal de su enfermedad.

Comentario

Deliberación sobre los hechos

Se trata de una paciente de 7 años traída ex profeso de Rumanía para valoración de una LMA. Al cabo de tres meses es diagnosticada de LMA refractaria a quimioterapia y tributaria de tratamiento paliativo. Llegado este punto, su madre la quiere trasladar a su país de origen con la finalidad de que fallezca rodeada de su familia y amigos. A juicio de su médico, sin embargo, la paciente está demasiado inestable para el traslado, además de que desconoce la calidad de los cuidados que podrá recibir en su país.

Deliberación sobre los valores

Lista de problemas éticos

- ¿Se debe respetar la autonomía y la decisión de la madre?
- ¿Es correcto autorizar el traslado de la niña sin garantía de cuidados adecuados en su país?
- ¿Es correcto desoír la decisión de la madre y oponerse al traslado?
- ¿Se ha informado a la madre de que existe la posibilidad de solicitar alta voluntaria?
- ¿Es justificable anteponer los cuidados médicos a las tradiciones y las creencias de otra cultura?
- ¿Es justo sufragar el traslado de un emigrante sin recursos con dinero público de la sanidad española?
- En caso de consentir el traslado, ¿atenta contra la dignidad de la niña someterla a un eventual riesgo de muerte durante el viaje?
- ¿Es correcto retirar la tutela de la madre para prodigarle cuidados terminales en nuestro centro de acuerdo a nuestro criterio?
- ¿Se debe tener en cuenta la opinión de la niña?

Elección del problema a analizar

- ¿Se debe respetar el deseo familiar de traslado en vida a riesgo de incurrir en desamparo de la menor y privarla de los cuidados médicos adecuados?

Identificación de los valores en conflicto

- Respeto a la autonomía familiar
- Valores culturales, creencias religiosas y tradicionales
- Familia: calidad cuidados afectivos

- No maleficencia
- Calidad de muerte: garantía de paliativos
- Justicia y distribución de recursos económicos

Deliberación sobre los deberes

Identificación de cursos extremos de acción

Alta Voluntaria

Retirada de tutela y administración de cuidados paliativos en nuestro ámbito hospitalario

Identificación de cursos intermedios de acción

- 1- Informar a la madre de la necesidad de estabilizar la situación clínica de la niña previa al traslado y pactar objetivos de mejoría.
- 2- Recabar información sobre las atenciones médicas que puede recibir en su país.
- 3- Explorar posibilidades de apoyo económico para la repatriación del cadáver.
- 4- Compromiso con la familia de que, en caso de imposibilidad de traslado, se respetarán las tradiciones y creencias de su país.
- 5- Apoyo emocional a la madre, a la niña y al resto de la familia.
- 6- Considerar la opinión y el deseo de la abuela, como principal cuidadora de la niña.
- 7- Barreras lingüísticas: búsqueda de un traductor para la comunicación con la abuela.
- 8- Recabar información sobre posibles recursos públicos para garantizar un traslado en las mejores condiciones posibles: Cruz Roja, consulado, asociaciones...
- 9- Colecta en el ámbito hospitalario para sufragar el gasto del traslado.
- 10- Posibilidad de que venga el abuelo a España.

Identificación del curso óptimo

Hablar con la madre de la necesidad de estabilizar a la paciente, pactando objetivos de mejoría a corto-medio plazo que permitan garantizar un traslado en condiciones dignas. En caso de que la situación clínica y los trámites no lo permitan, compromiso de acompañamiento familiar en el proceso de la muerte, con respeto a sus costumbres y tradiciones, y asegurar ayuda en la repatriación del cadáver. Por tanto, se prioriza el respeto a la dignidad de la pequeña, y a la autonomía de la madre, como su representante legal.

Pruebas de consistencia

Tanto los cursos intermedios como el curso óptimo de acción elegido, superan las pruebas de legalidad, temporalidad y publicidad.

Comentarios y resolución del caso

El dilema fundamental para el facultativo se planteó debido a que el hecho de autorizar un traslado o alta voluntaria de la paciente en las circunstancias clínicas actuales, suponía privarla de diversas intervenciones asistenciales que se consideraban beneficiosas para la niña: nutrición parenteral, soporte inotrópico, transfusiones periódicas de productos sanguíneos, y antiinfecciosos vía parenteral, lo que provocaría un empeoramiento rápido y seguro de su situación clínica, aunque la prolongación de dichos tratamientos no fuera a tener efecto curativo a medio-largo plazo. El equipo intentó contactar con un hospital de referencia que se hiciera cargo de la niña a su llegada a Rumanía, pero esta información no fue suministrada nunca por la familia y no se pudo realizar el trámite.

Por otra parte, el equipo asistencial entendía los motivos familiares argumentados para el traslado en vida de la pequeña en base a costumbres y tradiciones culturales y religiosas, y era consciente de la importancia de respetar su petición. Sin embargo, por debajo de los argumentos esgrimidos subyacía un problema de recursos, que se traducía en una exigencia de apoyo económico tanto para el traslado como para la repatriación en caso de fallecimiento, pues la familia carecía de un seguro de enfermedad que se hiciera cargo del traslado y además rechazaba la eventual incineración del cuerpo por motivos religiosos. Esto suponía derivar recursos de la sanidad pública española a una paciente inmigrante en situación irregular.

En cuanto al planteamiento del alta voluntaria, se desestimó, por suponer un daño a la pequeña, pues era clara la intención de trasladarla de nuevo en autobús, el medio de transporte más económico, a pesar de su estado clínico precario. El equipo entendía que, en caso de gestionar un traslado, éste debía ser medicalizado.

En la resolución de este caso fue crucial la intervención de los servicios sociales de la asociación de niños con cáncer de la comunidad autónoma. Se realizaron consultas a la Embajada, a Cruz Roja internacional, y a diversas organizaciones de ayuda al emigrante. Se planteó organizar un transporte medicalizado por parte de Cruz Roja hasta la frontera de Rumanía, donde la niña sería recogida por una ambulancia de los servicios sanitarios rumanos, trámite que, según se nos informó, tardaría varias semanas en poderse coordinar. Durante este tiempo, Mara mejoró progresivamente de las complicaciones agudas, lo que permitió la retirada progresiva de inotropos, antibióticos, nutrición parenteral y medicación de soporte, y se pudieron espaciar las transfusiones de hemoderivados. En esta situación, se consideró el momento óptimo para que, con el consentimiento y compromiso familiar de contactar con un centro hospitalario a su llegada, se procediera sin demora a un traslado en avión, antes de que la situación clínica empeorara de nuevo. Se exploró el deseo de la niña, que mostraba su conformidad en regresar a su casa con su abuela. La mamá firmó el alta voluntaria pocas horas antes del vuelo, se retiró el catéter central y la niña fue trasladada en ambulancia al aeropuerto con informes médicos actualizados. El viaje de Mara y de su abuela finalmente lo costeó la asociación, que además hizo el seguimiento del caso. Mara llegó bien a Rumanía, fue valorada en un hospital y remitida a su domicilio, sufrió dolores óseos que precisaron analgesia y falleció 3 semanas después rodeada de sus abuelos, tras haber pasado parte del día jugando con sus amiguitas.

Otro aspecto del caso a tener en cuenta fue la dificultad añadida de la barrera lingüística, al ser la abuela, desconocedora de nuestro idioma, la principal cuidadora y en muchas ocasiones, la única interlocutora con el equipo.

María Tasso

Oncóloga Peditra

Hospital General Universitario Alicante



Me ha dado que pensar: Sobre la relación clínica

En los primeros días de octubre se celebró en Pamplona el congreso de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, a la cual pertenezco como tantos otros ex alumnos del Máster de la Complutense. Entre las muchas cuestiones interesantes que ofrecía el congreso, para mí estaba la participación en una de las mesas redondas de Daniel Innerarity; leo de forma relativamente asidua sus artículos y casi siempre me resultan interesantes.

Quiero compartir con ustedes una reflexión relacionada con uno de sus últimos artículos, aparecido en el Diario El País el 29 de octubre de 2011, "Los sueños y las urnas": "Una sociedad es democráticamente madura cuando ha asimilado la experiencia de que la política es siempre decepcionante. La política es inseparable de la *disposición al compromiso y a la frustración*".

Me interesa señalar esa última frase de la disposición al compromiso y a la frustración. No sé si muchos de los que llegamos al aula del sótano de la Complutense, tan querida para nosotros, llegamos con la idea de comprometernos. Aquí solo puedo hablar de mi experiencia y en mi mente no estaba el compromiso; otra cosa es que saliera de esa aula con un compromiso: dialogar y defender el diálogo.

Sin embargo, el diálogo es cosa de dos como mínimo, incluso yo diría que de más, pero seguro que todos ustedes recuerdan ese refrán de que dos no discuten si uno no quiere; también podríamos decir que no discuten si en algún momento cada uno no escucha al otro. "Diálogo" es para mí una palabra que siempre ha tenido una connotación positiva, mientras que "discusión" ha tenido una connotación negativa. De hecho fue en ese aula tan querida para nosotros donde aprendí que la discusión no era algo a evitar, algo negativo,

algo que no debía hacer si quería ser una buena chica. Resulta difícil aprender a discutir, aprender a dar argumentos de nuestras creencias, o si lo prefieren, a dar razón de por qué dotamos a un hecho de más valor que a otro. Tampoco es fácil escuchar al otro y tratar de entender, aunque no compartamos sus afirmaciones; sin embargo, es imprescindible para el diálogo o para la deliberación.

Hasta aquí la cuestión del compromiso con fomentar el diálogo para afrontar los problemas éticos o conflictos de valores. Es posible que algunos de nosotros saliéramos de ese aula con la sensación de llevar una varita mágica (el diálogo) con la que podríamos afrontar los problemas éticos que se nos planteaban en el trabajo, y también con la aspiración de ayudar a que otros resolviesen los suyos. Pero el compromiso de querer cambiar algo de nuestro entorno, como sería la introducción de un diálogo deliberativo en la relación clínica, lleva consigo la frustración. Y esto es más difícil de sobrellevar.

Nuestro momento actual parece habernos moldeado a un "yo quiero y ahora". Nos resulta difícil aceptar que las cosas no siempre salen tal y como hemos planificado, o pensado que sucederían, aunque hayamos puesto mucho esfuerzo y empeño. Olvidamos al afrontar la frustración que, tal y como señala Innerarity al final de su artículo, "Si alguien consiguiera colmar todas sus aspiraciones no compartiría nuestra condición humana y mucho menos nuestra condición política". Esta afirmación no significa dejar de perseguir algo que nos parece bueno, en este caso fomentar un diálogo deliberativo en la relación clínica, y no solo en la relación profesional sanitario paciente, sino entre los profesionales que intervienen en la relación clínica.

Dado que la frustración es difícil de sobrellevar, tendemos a juntarnos con quienes piensan de forma muy similar a la nuestra. El artículo de Daniel Innerarity ha despertado en mí esta reflexión cuando escribe, hablando sobre las redes sociales, que "cada uno se junta con quien más se le parece. De ahí que cada vez sean menos redes *sociales*, en la medida en que la *confrontación* con el diferente tiende a ser sustituida por la *indignación* en compañía del similar, una emoción que se alimenta comunicando con quien comparte la misma irritación".

Por tanto, me siento cómoda con los compañeros que más o menos están en mi línea de pensamiento, y resulta agradable y enriquecedor hablar con ellos. También, cómo no, comparto con ellos la indignación hacia algunas cosas que suceden a nuestro alrededor. Pero la cuestión realmente importante para mí es cómo establecer ese diálogo enriquecedor con los compañeros que piensan de una forma sustancialmente diferente a la mía.

Nos resulta más fácil indignarnos juntos por algo que discutir o debatir nuestras diferencias. Sin embargo, olvidamos que son aquellos que no piensan como nosotros los que más nos aportan, de los que más podemos aprender. Olvidamos que aprendemos más cuando disentimos de lo que nos están diciendo y damos razones para la disensión, que cuando compartimos las afirmaciones que hacen. Si disentimos de algo, expliquemos por qué pensamos diferente y demos la oportunidad al otro de que explique sus argumentos.

Mi propuesta para terminar esta reflexión de una forma positiva es que dialoguemos con los que tenemos alrededor en nuestros centros de trabajo, no solo sobre esos grandes temas, que a veces se tornan muy complicados y difíciles hiriendo nuestros sentimientos y los de otros, sino que empecemos por cuestiones más livianas. Las únicas diferencias entre los que formamos parte de la relación clínica no son si desconectar a alguien o no de un respirador, también hay otras diferencias más fáciles de afrontar. Diferencias en la organización de un servicio o de una consulta, o sobre la forma de proceder con un paciente. Es una

cuestión de dar razones de por qué no estás de acuerdo. Estas diferencias son más sencillas de afrontar, por ello pienso que nos vendría bien practicar en lo sencillo antes de afrontar lo que es más complejo y delicado.

Entiendo que fomentar el diálogo en una relación clínica que se ha vuelto muy compleja, entre otras razones porque la medicina ha avanzado tanto que es imposible que alguien domine todas sus especialidades, es absolutamente necesario. Es tan necesario que, aún sabiendo que no tenemos la suficiente habilidad para deliberar, debemos hacerlo aunque salga mal; la próxima vez lo haremos mejor, o la siguiente. Pero a deliberar solo se aprende deliberando, no podemos dejar de hacerlo porque no lo sepamos hacer bien, o suficientemente bien. Mi opinión particular es que no nos podemos permitir el lujo de no hacerlo.

Una vez indignados porque algo no va bien, apartemos la emoción y demos entrada a la razón para ver qué es lo que podemos hacer para que las cosas vayan mejor, qué podemos hacer cada uno de nosotros en nuestro ámbito particular. Desde mi punto de vista podemos hacer tres cosas: escuchar, dar razones de por qué disentimos de algo y ser conscientes de esa frustración consustancial al ser humano a la que se refiere Innerarity cuando habla de la condición humana, porque lo humano es precisamente no colmar nuestras aspiraciones; siempre quedará algo por lograr, lo que no ha de hacernos desfallecer, sino intentarlo de nuevo.

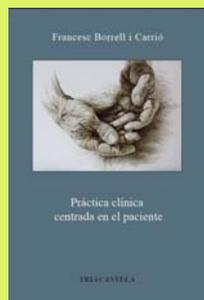
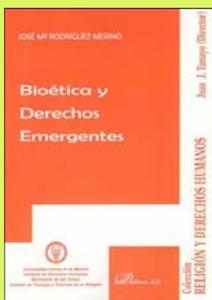
Gracia Álvarez Andrés, alumna, siempre alumna del Master de Bioética de la Universidad Complutense de Madrid.

Correo electrónico: graciaal@gmail.com

Acontecimientos, Noticias, Novedades

- European Forum for Good Clinical Practice [Annual Conference 2012](#) *Informed Consent – How Less Could Be More: Effecting a paradigm shift so we do inform participants*. 24-25 Enero 2012, Résidente Palace, Brussels, Belgium.
- El departamento IQ healthcare, section of Ethics, Philosophy and History of Medicine (Radboud University Medical Centre) organiza la XIV edición del curso avanzado: [European Bioethics Course 'Suffering, death and palliative care'](#) del 14 al 17 de Febrero de 2012, en Nijmegen, Holanda.
- Duquesne University. Pittsburg, Pennsylvania. Center for Healthcare Ethics. [Conference on Education in Ethics: "Ethics education in a global perspective"](#). 1-3 Mayo 2012.
- VIII Congreso Internacional de Bioética Clínica. ["Bioética clínica na diversidade"](#). Sao Paulo, Brasil. 16-19 Mayo 2012.
- XI Congreso Mundial de Bioética. International Association of Bioethics. *The future of bioethics and bioethics of the future*. 26-29 de junio de 2012. Rotterdam, Holanda. <http://bioethicsrotterdam.com>
- European Society for Philosophy of Medicine and Healthcare. [26th EUROPEAN CONFERENCE ON PHILOSOPHY OF MEDICINE AND HEALTH CARE](#) *Worst Case Bioethics*. 21-24 Agosto 2012.

Bibliografía y fuentes de Bioética



- [Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias](#). Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011
- [Guía de sedación paliativa](#). Organización Médica Colegial / Sociedad Española de Cuidados Palitativos. 2011.
- Nuffield Council of Bioethics. [Solidarity. Reflections on an emerging concept in Bioethics](#). 2011
- [Opinión del Comité de Bioética de España sobre la objeción de conciencia en sanidad](#). 2011
- J.C. March (ed.) [Equipos con emoción](#). Escuela Andaluza de Salud Pública:
- [Vídeos de las ponencias presentadas en el XII Ateneo de Bioética "Los métodos de la bioética"](#). Organizado por la Fundación de Ciencias de la Salud y la Fundación Paideia Galiza. A Coruña, 29 Noviembre 2011.
- K. Evers. *Neuroética. Cuando la materia se despierta*. Katz Editores. Madrid, 2010.
- M. Boladeras (ed.) *Bioética: la toma de decisiones*. Proteus editorial. Capellades, 2011.
- J.M. Rodríguez Merino, *Bioética y derechos emergentes*. Dykinson. Madrid, 2011.
- F. Borrell, *Práctica clínica centrada en el paciente*. Triacastela. Madrid, 2011.
- Hastings Center's Help with Hard Questions: libros para ayudar a pensar los temas bioéticos. Los dos primeros están disponibles en la web: [Patients and Care Partners. Ethical Questions about Sharing Information](#) y [Troubled Children. Ethical Questions about Diagnosing and Treating Pediatric Psychiatric Disorders](#)

OTROS LIBROS INTERESANTES:

- A. Medina, M.J. Moreno, R. Lillo, J.A. Guija (eds.) *Conductas perversas: psiquiatría y ley*. Ed. Triacastela. Madrid, 2011.

Una historia *aparentemente* sencilla:

Un método peligroso

A dangerous method

(D. Cronenberg, Reino Unido, 2011)



La historia es sencilla: un médico intenta curar a su paciente, los vínculos se estrechan y de una relación clínica pasamos también a una relación sentimental y sexual. Por otro lado, este médico tiene una relación de admiración y veneración hacia su maestro, pero también es crítico con muchos de sus planteamientos. Nos encontramos, pues, ante una doble sencilla historia: una historia de pasión y una historia de deuda intelectual.

Una trama sencilla, una película sencilla y una puesta en escena también sencilla. Pero... ¿de eso nada! Todo se complica cuando vemos que el médico en cuestión es Carl Gustav Jung que está poniendo a prueba el método psicoanalítico con una paciente peculiar (Sabina Spielrein), y el maestro admirado es nada menos que Sigmund Freud. Por si no bastaran estos nombres, la película abandona cualquier sencillez si sabemos además que su director es David Cronenberg. Todo es sólo *aparentemente* sencillo. Lo que está en juego es en primer lugar la relación de implicación, de transferencia, entre Jung -el psicoanalista-, y la joven que busca curación. Es una relación que nos hace pensar sobre el propio método que se está empleando: “la curación por la palabra”. La tensión-pasión nace en el encuentro entre el médico, que le hace descubrir narrativamente a la paciente lo que ella misma es y no reconoce, y ella -la paciente- que le obliga a él a entrar en ese proceso “peligroso” de auto-reconocimiento. El reconocimiento mutuo constituye esas identidades y, al mismo tiempo, asusta, espanta. Esta tensión-pasión se pone de relieve sobre el trasfondo de una vida tranquila, pacífica y estable, que es la que parece llevar Jung en su vida conyugal (sólo aparentemente). En segundo lugar la película nos muestra la relación entre Jung y Freud que es, dicho directamente y más tratándose de psicoanalistas, la historia de un parricidio. Jung no entiende que Freud

no lo quiera acompañar en lo que según él descubre y aporta la propia práctica psicoanalítica; Freud, por su parte, teme que Jung esté convirtiendo el psicoanálisis en algo misterioso y poco científico. Además, la historia se complica, y deja de ser sencilla -si a estas alturas lo siguiera siendo-, cuando la paciente de Jung, Sabina Spielrein, pasa a establecer una relación de complicidad - intelectual- con Freud.

La historia “sencilla” se convierte así en: 1) una exploración del deseo y la pasión sexual; 2) el análisis de las implicaciones en relaciones asimétricas (paciente/médico, profesor/alumno, etc.); 3) el reflejo de la lucha por la propia afirmación y 4) un cuestionamiento del método psicoanalítico, entendido como “curación por la palabra”. Si el método es, como nos dice el título, peligroso, la historia es compleja, muy compleja, nada sencilla.

Y el maestro de ceremonias de este entrecruzamiento de historias complejas es David Cronenberg, probablemente uno de los directores más sorprendentes de los últimos años. Su filmografía es extensa. Pero conviene recordar sus primeros pasos en el cine hace más de 45 años: rodó un pequeño cortometraje titulado “Transferencia” (1966). Y ahora parece que lo vemos volviendo a él. Es uno de los directores más filosóficos del panorama contemporáneo. En una entrevista a E. Punset para el programa REDES (TVE) reconocía que sus películas son “exploraciones filosóficas” y que lo que intentaba era “crear un trabajo filosófico”; de paso le recomendó a Punset que leyera algo más de filosofía, pues lo que le decía de los “últimísimos avances de la ciencia cognitiva” él ya lo venía leyendo en Kant o Heidegger.

La puesta en escena de Cronenberg en esta película es sencilla -no podía ser de otra manera-, distante, fría. Al distanciarse de lo que relata, y distanciar así al espectador, el análisis es más cuidado. Parece como si nos estuviese llevando a una sala de disección, aunque aquí la disección se ejerce sobre el alma humana, también la del propio espectador.

El trabajo de los actores es sobrio; también *aparentemente* sencillo. La tensión controlada está perfectamente reflejada en las interpretaciones de Michael Fassbender (Jung) y Viggo Mortensen (Freud); es Keira Knightley la que ofrece una interpretación menos controlada, quizás con sobre-interpretación, sobre todo en las primeras escenas.

En definitiva, nos encontramos ante una película que tras su apariencia “plácida” y sencilla nos pone en frente de nosotros mismos, de nuestros propios miedos y temores. No es algo distinto a lo que hace el mismo psicoanálisis, es decir, ponernos delante de nosotros mismos, buscando tras nuestra aparente sencillez. Como en la mayor parte de sus trabajos Cronenberg ha tenido el mérito no de hacer una buena o mala película -en eso no entro ahora- sino de ponernos ante un espejo, y eso, a veces, no nos gusta.

Tomás Domingo Moratalla

Profesor de Ética. Universidad Complutense de Madrid