

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

Diversidad y reconocimiento P.2

Ciencia "pura", ciencia "impura" P.3

La muerte laica P.5

Relatos y transmisión de valores P.13

Caso clínico comentado P.15

El uso del "tú" y el "usted" P.18

Desde la redacción

El final del año suele ser un tiempo de balances. Solemos recorrer la memoria de lo acontecido, felicitándonos por los logros, valorando lo aprendido o avanzado, lamentando lo que no pudo ser, doliéndonos por lo perdido. No siempre salen las cuentas favorables y hay años que uno preferiría olvidar. En ocasiones, lo que ha ido mal es fruto de un azar de la vida, que fue inevitable y del que no fuimos responsables, sino víctimas. En tal caso, tan sólo cabe intentar superarlo como se pueda, a veces extrayendo una enseñanza, a veces haciendo lo necesario para que las heridas cicatricen, a veces, simplemente, guardando silencio. En otras ocasiones, lo malo fue buscado, fue culpable, fue un error, fruto de una distracción, de un mal cálculo, de una equivocación. Entonces es obligado aprender del error, resarcir del daño si es posible, intentar mejorar, tener voluntad de cambio.

Porque el final del año es también el tiempo de un nuevo inicio, y por ello es momento para la esperanza, los proyectos, la ilusión por lo que vendrá, el compromiso con ideales, y la motivación para hacer lo que no se hizo. Más allá de los triviales y repetidos "buenos propósitos" de año nuevo, condenados casi desde su comienzo a no verse realizados, se trata de dar espacio para seguir adelante.

Si el ánimo falla, es bueno pensar en "subir la moral". Cuando un equipo deportivo deja de creer en sí mismo, piensa que va a perder y ya no tiene ánimo suficiente para luchar, suele ser necesario cambiar la estrategia, transmitir la convicción de que se pueden lograr los objetivos si se lo proponen y trabajan con ahínco, que el equipo unido puede superar las dificultades. Del mismo modo, cuando estamos "desmoralizados", cuando nos falta el ánimo y nos ahoga la negatividad es momento de creer en nosotros mismos, de creer en el proyecto. Es momento de comprometerse y empeñarse. Es momento de "remoralizar".

Aunque haya sido citado miles de veces, conviene volver a leer ese hermoso pasaje de J. Ortega y Gasset: «Me irrita este vocablo "moral". Me irrita porque en su uso y abuso tradicionalmente se entiende por moral no sé qué añadido de ornamento puesto a la vida y ser de un hombre o de un pueblo. Por eso yo prefiero que el lector lo entienda por lo que significa, no en la contraposición moral-inmoral, sino en el sentido que adquiere cuando de alguien se dice que está desmoralizado. Entonces se advierte que la moral no es una *performance* suplementaria y lujosa que el hombre añade a su ser para obtener un premio, sino que es el ser mismo del hombre cuando está en su propio quicio y vital eficacia. Un hombre desmoralizado es simplemente un hombre que no está en posesión de sí mismo, que está fuera de su radical autenticidad y por ello no vive su vida, y por ello no crea, ni fecunda, ni hinche su destino.» ("¿Por qué he escrito El hombre a la defensiva?", O.C. IV, 72)

También el inicio del año es una ocasión para recordar que seguimos juntos en este empeño de contribuir a la mejora de la calidad, a la tolerancia y la buena lid intelectual, a la aplicación de las herramientas bioéticas que puedan ayudar a los profesionales y a los usuarios de la sanidad, y a la deliberación rigurosa sobre temas importantes. Y que, una vez más, es posible creer en la utopía de un mundo mejor.

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. Manuel Cortés
D. Juan Carlos Delgado
D. Diego Gracia Guillén
D^a Teresa Parajón
D^a. M^a Isabel Parra

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



Pluralismo, diversidad y diferencia: espacios para el reconocimiento y la dignidad

Actualmente, la bioética desarrolla una notable reflexión sobre la inserción cultural de las prácticas, en tanto que propias de una sociedad, de un marco de valores y de una tradición, que le dotan de sentido y legitimidad. La comprensión de las diferencias abre la posibilidad de construir un discurso universal, evitando la imposición de un modelo que sea específico del primer mundo y válido sólo para él, o propio de un sector, o de un género.

El feminismo introduce el punto de vista de género para presentar de otra manera las cuestiones relativas a la salud, el comienzo y el final de la vida, la reproducción, los usos de las técnicas biomédicas o la investigación. Y también introduce cambios en la teoría, aportando un enfoque normativo que vincula los principios generales (justicia, autonomía, igualdad, etc.) a un proyecto de emancipación social y política.

Pero hay una enorme pluralidad de enfoques posibles. El elemento común sería una metodología crítica cuyo objetivo es desvelar los efectos negativos de una perspectiva androcéntrica, patriarcal, sobre las vidas de las mujeres y, por extensión, de todos los grupos no dominantes. Esto es esencial: la reivindicación feminista no es una reclamación de las mujeres y para las mujeres, sino una denuncia de todas las formas de opresión. Y en este punto se insiste cada vez más.

Por tanto, en esta propuesta común se defienden algunos elementos clave, que son muy relevantes para la bioética:

- autonomía relacional: se entiende al sujeto autónomo no como un ser individual y aislado del mundo, sino que más bien se defiende una antropología basada en la interrelación e interdependencia de las personas,

- epistemología posicional: afirman que la verdad y el conocimiento son siempre situacionales y parciales. Por tanto no puede haber verdades absolutas o universales, que estén descontextualizadas,

- ética del diálogo plural, con primacía de la responsabilidad: hablan de la necesidad de partir de las experiencias concretas contextualizadas, a lo que añaden, como método, la escucha comprensiva, como un modo de "ponerse en la piel del otro" para entender su reivindicación.

Todos estos elementos del feminismo coinciden con muchas otras aproximaciones en la ética. Y es que esta idea de que los individuos que no obtienen reconocimiento en la sociedad tienen dificultades para configurar su propia identidad, se ha convertido en una clave de análisis. Por ejemplo, C. Taylor, hablando de la política del reconocimiento, viene a decir que

nuestra identidad está, al menos parcialmente, modelada por el reconocimiento o su ausencia. El no reconocimiento o el mal reconocimiento social puede ser una forma de opresión, que distorsiona y reduce.

El ideal de autenticidad en la definición de la identidad de las personas se inaugura con Herder, quien introduce la idea de que cada uno de nosotros tiene un modo original de ser humano.

Esta significación moral de la diferencia no había aparecido antes. Pero a partir de su expresión, se insiste en que cada uno está llamado a vivir su vida de una cierta manera propia, lo que supone la fidelidad a uno mismo. Este ideal moral llega hasta la actualidad.

A ello se añade que, entre los rasgos decisivos de la vida humana, está su carácter fundamentalmente dialógico. Comprendemos nuestra identidad a través de la adquisición de lenguajes expresivos y a través del diálogo con otros. De ahí la necesidad del reconocimiento.

La política de la dignidad igualitaria se basa en la idea de que todos los humanos son igualmente dignos de respeto. Esta es la idea de dignidad que inaugura I. Kant. Se subraya como valor una característica universal humana, una capacidad que todos los seres humanos comparten y que no tiene que ver con el merecimiento. En el caso de la política de la diferencia, también se habla de algo universal: la posibilidad de definir la propia identidad, como individuos y como cultura, que debe respetarse en todos por igual.

Pero hay una exigencia añadida que es aún más fuerte: el respeto a las culturas ya desarrolladas. La dignidad igualitaria enfatiza lo que tenemos por igual, el respeto a la diferencia enfatiza la particularidad. Taylor opina que el reconocimiento igualitario es una exigencia inaceptable, porque resulta homogeneizador: "la cultura de la diferencia puede terminar haciendo que todo el mundo sea igual". Tener que reconocer no implica que todo tenga el mismo valor, lo que nos lleva a la difícil búsqueda de un punto intermedio entre las normas etnocéntricas y el reconocimiento igualitario. El clásico problema de lo universal y lo particular.

Por tanto, esta premisa de la exigencia del reconocimiento por su conexión con la identidad, como un modo de comprensión de quiénes somos como seres humanos, abre un espacio de reflexión bioética imprescindible que no es, ciertamente, exclusiva del feminismo ni del multiculturalismo.

Lydia Feito

El comentario de Diego Gracia

El comentario de Diego Gracia

Ciencia "pura", ciencia "impura"

¿Puede haber en esta tierra alguna actividad humana completamente "pura", incontaminada? Con relativa frecuencia usamos la expresión "científico puro". ¿Es realmente "pura" la actividad del científico? ¿Hay ciencia "virginal"?

Hasta hace relativamente pocos años, la respuesta a esa pregunta hubiera sido mayoritariamente positiva. Sólo a partir de los años treinta del pasado siglo el científico ha ido perdiendo esa especie de inocencia original que hasta entonces conservaba. En Hiroshima y Nagasaki, la Física perdió la inocencia. Poco antes, en Dachau y Auschwitz, la había perdido la Medicina. La ciencia no existe nunca en estado puro, empieza a pensarse entonces, precisamente porque es inseparable de los intereses y los valores. De este modo se daba al traste con una de las utopías más celosamente defendidas durante largo tiempo, la de que el científico puro trabaja con hechos, no con valores. Un hombre tan representativo de la situación espiritual de la Europa de principios de siglo como Max Weber, pudo decir, en su famosa conferencia *La ciencia como vocación*, pronunciada en la Asociación Libre de Estudiantes de la Universidad de Munich el año 1919, que por científico puro debe entenderse aquél que se atiene a los "hechos", haciendo abstracción de los "valores". El científico, dice Weber, debe estar dotado de "la probidad intelectual necesaria para comprender que existen dos tipos de problemas perfectamente heterogéneos: de una parte, la constatación de los hechos, la determinación de contenidos lógicos o matemáticos o de la estructura interna de fenómenos culturales; de la otra, la respuesta a la pregunta por el *valor* de la cultura y de sus contenidos concretos y, dentro de ella, de cuál debe ser el *comportamiento* del hombre en la comunidad cultural y en las asociaciones políticas".

Científico "puro" es, para Max Weber, aquél que se atiene a los hechos, una vez puestos entre paréntesis los valores. Es la imagen positivista del hombre de ciencia, aquella que reduce el área de su competencia a los puros "hechos", y margina todo lo demás como extraño a la actividad científica. Algo así debió pensar el gran Claude Bernard, cuando en su *Introducción al estudio de la medicina experimental* escribió que "las llamadas influencias de lo moral sobre lo físico...nada tienen que ver con la ciencia". Médico puro o científico es, por tanto, aquél que se atiene estrictamente a los hechos, haciendo abstracción de todo lo demás, precisamente por anticientífico. Sin embargo, Cl. Bernard era lo suficientemente inteligente como para comprender que el médico de verdad, el que llama "médico práctico", no puede limitarse a eso, y debe tener en cuenta el mundo de los valores. Por eso añade: "Los prácticos hábiles pueden adquirir una grande y legítima influencia entre los hombres, porque, aparte de la ciencia, tienen una acción moral en la sociedad. También, a ejemplo de Hipócrates, todos aquellos que han tenido en cuenta la dignidad de la medicina, han insistido siempre mucho sobre las cualidades morales del médico".

Ese texto de Cl. Bernard demuestra bien que en medicina nunca ha sido posible desligar completamente el mundo de los hechos del de las valoraciones. Esto es lo que hizo pensar durante toda la época del positivismo que la medicina no era una ciencia "pura". Pero hoy sabemos que la razón no es ésta, sino otra más profunda, que no hay "hechos puros", de modo que ningún ámbito científico se halla aquí en ventaja respecto de los otros. Toda la actual filosofía de la ciencia, de Popper a Feyerabend, y de Kuhn a Lakatos, se ha visto en la necesidad de asumir la relatividad de la idea de hecho. Los llamados hechos científicos son construcciones muy complejas, con presupuestos que no son sólo empíricos y lógicos sino también axiológicos. No hay hechos sin valores, ni valores sin hechos. La dicotomía, por más que fuera muy didáctica, a la postre ha resultado altamente perturbadora. Si en algún lugar es esto de fácil comprobación, es en medicina. La enfermedad afecta a todo el hombre, a sus hechos y a sus valores, y hasta puede decirse que en la patogenia del proceso morboso intervienen tanto unos como

otros. ¿Acaso en una hipertensión esencial tienen más importancia las cifras de aldosterona o vasopresina que el sistema de valores del individuo y el modo como desde ellos realiza su vida? Hoy sabemos bien que no.

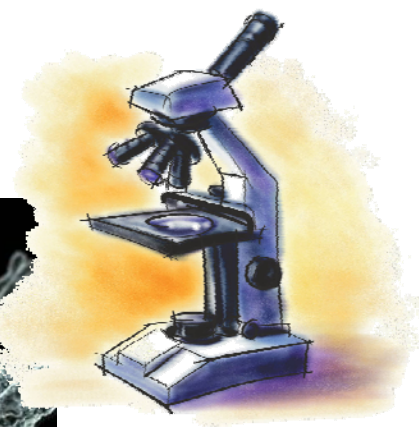
Al comienzo de su novela *Tiempos difíciles* expuso Charles Dickens el ideal pedagógico del positivismo con estas palabras: "Ahora, lo que yo quiero son Hechos. No enseñes a estos chicos y chicas otra cosa que Hechos. En la vida sólo se buscan Hechos. No plantes otra cosa y arranca todo lo demás. Sólo se puede formar la mente de animales razonantes sobre Hechos: ninguna otra cosa les será de utilidad. Este es el principio sobre el que yo he educado a mis propios hijos, y este es el principio sobre el que educo a estos niños. ¡Atente a los Hechos, señor!".

Esta tesis, tan representativa de lo que fue la mentalidad europea de la segunda mitad del siglo XIX y la primera del XX, es, sin embargo, muy anterior al positivismo. En realidad, se encuentra ya al comienzo de la cultura occidental. El término griego *epistémé* significó precisamente esto, ciencia "pura", en el sentido de conocimiento cierto sobre la verdadera naturaleza de las cosas. El científico es un buscador de la verdad, un hombre consagrado al servicio de la verdad. Y como en toda la filosofía antigua la verdad y la bondad son convertibles entre sí, resulta que la ciencia no sólo es por definición verdadera, sino también buena y bella. En esto consiste su pureza. La ciencia es incompatible, por principio, con la falsedad o el error y con la maldad. Dicho de otro modo, la ciencia es siempre buena.

Este artículo tiene una moraleja. Ella es que el auge exponencial de la Bioética en las últimas décadas se ha debido al completo fracaso del viejo ideal de la neutralidad axiológica de la ciencia. El científico, por desgracia, es axiológicamente beligerante; tan es esto así, que a veces es beligerante en exceso. No merece la pena recordar aquí el bochornoso espectáculo de la medicina nazi, ni la utilización de psiquiatras para la reeducación política de los llamados "disidentes". Lo que sí interesa recordar es que la única forma correcta de evitar los abusos no es negando los datos, sino aceptándolos como tales y aprendiendo a manejarlos. Este es uno de los máximos problemas que hoy tiene planteada la ciencia, la educación a la vez rigurosa y plural de sus miembros en el complejo mundo de los valores.

Diego Gracia

Catedrático de Historia de la Medicina
Universidad Complutense de Madrid



La muerte laica

*Mi hermano vive en los montes
y no conoce una flor.
Sudor , malaria y serpientes,
la vida del leñador.*

*Y que nadie le pregunte
Si sabe donde está Dios.
Por su casa no ha pasado
tan importante señor*

Atahualpa Yupanqui. Preguntas sobre Dios

Los seres humanos sabemos que vamos a morir y esto nos hace comportarnos de una determinada manera. El saber que nuestro paso por la vida es finito nos lleva a tener proyectos de vida de acuerdo a unos valores personales que pueden llegar a conformar nuestra existencia. Estos valores se hacen más presentes y reales cuando se acerca el final de la vida; entonces queremos que nuestro espíritu dañado por la muerte inminente sea consolado y atendido.

El ser humano es un ser espiritual, y en todas las culturas esa espiritualidad tiene una elaboración cotidiana y suele estar representada por sus leyendas, cuentos o literatura; por su música, bailes y danza; por sus ritos de paso y, sobre todo, aunque como se ve no únicamente, por sus creencias y su cosmogonía.

Es frecuente que cuando se habla de apoyo espiritual a las personas que van a morir se haga desde el punto de vista religioso. Sirva como ejemplo la guía para el acompañamiento espiritual editada por la SECPAL en el año 2008¹. Vaya por delante que es una magnífica herramienta que ha ahondando y profundizado en este tema, y que pretende ayudarnos en ese difícil acompañamiento del final de la vida. Pero no termina de alejarse del componente religioso pues, aunque se realizan continuas referencias al apoyo espiritual, solamente se dedican unas cuantas líneas, 16 para ser más exactos, a tratar el alivio espiritual del no creyente.

Potenciar el apoyo en la creencia del más allá, de la otra vida, de una vida extraterrenal, puede servirle a las personas religiosas sea cual sea la religión que profesen. La creencia en un Dios que nos espera en el paraíso es un motivo enormemente importante para ver la muerte como un nuevo nacimiento a una vida espiritual, inmaterial y donde se supone que vamos a ser eternos y más felices. Con la muerte, las personas creyentes alcanzan el mito de la inmortalidad, y esa inmortalidad cada cual se la imagina como buenamente puede o quiere: Disfrutar de los seres queridos por toda la eternidad. Alcanzar la plena Gracia de Dios. Encontrarse en el paraíso disfrutando de placeres inmensos. Alcanzar el Nirvana, un estado de máxima plenitud y desarrollo.

Pero pensar que la única forma de espiritualidad que tiene el hombre es la religiosa, es un problema que puede plantearnos ciertos conflictos a la hora de elaborar correctamente el rito de paso final de la muerte. En los últimos tiempos ha aumentado el número de personas que no son creyentes² y que desean ser enterrados por un rito distinto al religioso, y que desean ser confortados en sus últimos meses, días o momentos de vida en una espiritualidad distinta a la religiosa.

Quienes intentan llegar a su máximo desarrollo en el período de tiempo que va desde el nacimiento hasta la muerte y no creen en la inmortalidad del alma o en la futura vida extracorporal, también quieren ser reconfortados en sus últimos meses, días o momentos de vida. Lo espiritual no quiere decir exclusivamente lo religioso³. Todos hemos tenido experiencias espirituales, pero no todos creemos en una trascendencia religiosa. Verdad, belleza y bondad, son conceptos que implican y llaman a la espiritualidad, y la verdad no tiene que ser revelada. La belleza puede ser una percepción propia ante una persona, un paisaje o un determinado objeto, y la realiza mi espíritu de acuerdo a mi canon personal de belleza. Por último, lo bueno no tiene que ser acorde a un código moral transmitido por el Ser Supremo.

Aunque lo bueno y lo verdadero deben ser siempre lo más "objetivos" posibles, llevan una fuerte carga de creencias personales y por lo tanto son "subjetivos". También lo bello suele elaborarse, aunque sea mentalmente, de acuerdo a unos cánones de belleza, que tienen que ver con el entorno donde nos formamos, es decir, con la cultura a la que pertenecemos. Todas estas atribuciones del espíritu no tienen que ser impuestas por una realidad superior, ni ser marcadas de antemano por una revelación divina, sino que pueden ser fruto de una racionalidad simplemente humana. Lo mismo ocurre con el tránsito hacia la muerte; debe ser fruto de una racionalidad humana: la de la persona que se está muriendo.

Veamos un modo de muerte para los que son o se sienten no creyentes, la que llamaremos la muerte laica. La analizaremos desde dos aspectos fundamentales en los últimos momentos del ser humano: **a) Acompañamiento en el proceso de morir y b) Los ritos funerarios.**

ACOMPAÑAMIENTO EN EL PROCESO DE MORIR

La persona que muere quiere ser acompañado en esa muerte, en ese proceso incierto y certero que acaba con nuestra vida tal y como la conocemos. Esa compañía es tan necesaria que, si no la tenemos o la sentimos, aumenta nuestra sensación de soledad y de desvalimiento. Pero para acompañar correctamente a alguien que va a morir debemos diferenciar entre dolor y sufrimiento.

Podemos definir el **dolor** como una experiencia somatopsíquica causada por un estímulo casi siempre físico. Sin embargo, su percepción es modulada por el ánimo, la moral y el significado de este dolor a nivel individual, muchas veces de forma negativa por cuanto recuerda la progresión de la enfermedad y el fracaso de los tratamientos curativos (Twycross y Melzak)⁴. Pero quizás la definición más conocida es: "Una experiencia sensorial y emocional (somatopsíquica) desagradable, asociada a unas lesiones tisulares reales o posibles, o expresadas como si estas lesiones existiesen"⁵. Es decir, no tenemos que olvidar que el dolor tiene dos componentes principales, la sensación (nocicepción) y la percepción que tiene el enfermo de esa sensación. Tanto el componente objetivo (sensación) como el subjetivo (percepción) participan del dolor.

El **sufrimiento** según el DRAE es padecimiento, dolor o pena, pero esta definición no nos satisface, pues todos sabemos que sufrir implica algo más. E. Cassell lo define como: "Un estado específico de distrés que ocurre cuando la integridad de la persona está amenazada o rota"⁶. Pero quizás esta definición tampoco nos dice gran cosa. En el sufrimiento el individuo se sitúa en un estado de maldad espiritual, es decir, la persona que sufre, SUFRE y su realidad, aunque sea exclusivamente subjetiva, es una experiencia personal de maldad, de encontrarse mal. La muerte puede ser indolora, pero raramente será no sufrible, puede no doler, pero seguro que causa sufrimiento. Ese sufrimiento interior cuando acompañamos en el proceso del morir es el que se debe combatir y mitigar. Por supuesto que tenemos que tratar el dolor, para eso existen los analgésicos⁷, cuyo cometido es de índole técnica y se ejecuta de acuerdo a unos protocolos, siendo competencia casi exclusiva del personal sanitario que trata y cuida al moribundo. Pero también se debe dar apoyo espiritual, y éste debe servir para vencer la angustia, la ansiedad y para calmar los malos sentimientos del moribundo. El apoyo espiritual debe procurar la tranquilidad interior y aliviar las penas y sufrimientos más íntimos. Dar consuelo a **los proyectos inacabados**, quizás sea esto lo que más duele al morirse, dejar caminos abiertos y no transitados hasta el final, haber iniciado vías que se han truncado antes de terminarlas, y no por abandono, sino porque la muerte próxima o inminente me ha impedido concluir las. Ésta puede ser una de las causas más importantes de sufrimiento: "Si yo pudiera vivir un tiempo (años, meses, días) más... terminaría de escribir un libro. ...conocería a mis nietos. ...vería casarse a mis hijos. ...acabaría un determinado proyecto".

Para realizar este apoyo podemos usar varias acciones eminentemente comunicativas⁸, pues la palabra usada bidireccionalmente siempre puede llevar consuelo donde falta y transmitir al que quiere ayudar el sufrimiento que tiene la persona que va a morir. Yo propongo algunas que, aunque son destinadas a una muerte laica, pueden servir también para acompañar en una muerte creyente:

Acompañar de palabra y obra: Nuestro acompañamiento debe ser real, la persona debe sentir que mis palabras están complementadas con mis actos, con mi lenguaje no verbal. Debe percibir con mi presencia mi sentimiento y mi apoyo. Sentir que yo en cierta manera comprendo su sufrimiento y quiero estar a su lado. En pocas palabras, que me importa lo que le pasa y por lo que está pasando.

- Decir: Se debe usar la palabra como terapia activa. La comunicación debe ser continua y la palabra el elemento fundamental de esa comunicación. Aunque la palabra puede ser sustituida por los silencios pues, a veces, es mejor un silencio cómplice que una verborrea vacía e innecesaria. Algunas veces nuestra sola presencia dice más que nuestro discurso.
- Escucha activa: No hay nada más de agradecer, que sentirse escuchado. Saber que se puede comunicar a alguien los propios sentimientos, temores, dudas y también las alegrías. Esa acción de la escucha, de sentir en las palabras del otro, es fundamental y facilitan enormemente la liberación de las dolencias interiores de ese otro.
- Proyectar y retroproyectar cada realización vital, cada proyecto de vida: Ese puede ser el verdadero acompañamiento espiritual: acompañar la etapa o etapas biográficas que la persona que va a morir quiera indagar, o analizar y dar apoyo positivo a la labor desarrollada durante esa etapa vital: Éxitos, fracasos, caídas, levantamientos.

Ese proyecto puede seguir vigente y en sus últimos días puede proyectar en los suyos consejos o transmitir sus experiencias personales. Hacer un seguimiento de lo positivo de su vida y la huella que ha dejado en otras personas puede ser un modo de confortamiento cuando su vida se acaba. Toda persona tiene algún logro o alguna huella de su existencia en esta vida. Aquí es importante abordar las necesidades de perdonar y de ser perdonado⁹.

- Llenar la vida poco antes de perderla: Siempre contemplamos la muerte como algo que se acaba, una vela que se apaga, unas flores marchitas. Esas imágenes nos llevan a contemplar la muerte como un final; sin duda lo es, pero esas metáforas negativas afectan el ánimo de las personas en el último trance. Podemos intentar cambiar esa imagen de finitud por una totalmente diferente. Contemplar la vida como algo que se llena continuamente, buscando metáforas positivas, que ayuden a no vaciar nuestra vida. Mientras vivimos tenemos la posibilidad de ampliar más y más nuestras experiencias, de enriquecer más nuestros conocimientos y de llenar hasta el último momento nuestro vaso con nuevos y enriquecedores líquidos¹⁰. Contemplar la vida como un vaso que debemos llenar es contemplar la vida como algo receptivo hasta el último momento en que rebosa. Algo que siempre puede llenarse y no ver un vaso que se acaba. La vida es un todo que termina cuando termina, pero mientras tanto se puede ir recogiendo, llenando y guardando con nuevas experiencias vividas. Hasta que uno no muere, está vivo y así se deben sentir las personas que están a nuestro cuidado.

Hablar sobre una vida futura en presencia del Ser Supremo no va a aliviar el sufrimiento del moribundo que no cree, e incluso puede contribuir a aumentar su desasosiego y su enemistad con ese Dios en el que no se cree, llenando de ira y resentimiento sus últimos tiempos de vida. Por el contrario, si cada persona recibe el acompañamiento final que desea, es fácil que también tenga la muerte que desea.

RITOS FUNERARIOS

El ser humano necesita de ritos, de ceremonias que establezcan lazos sociales con sus familiares, amigos, compañeros, conciudadanos, vecinos, etc. El rito tiene una enorme tarea de cohesión, de unión entre iguales, aunque a veces sea presidido por un miembro de rango superior, el oficiante, el sacerdote, el presidente; lo importante del rito es su nivel de normatividad dentro de la normalidad¹¹. Cuando realizamos un determinado rito lo hacemos para establecer normalidad en la comunidad que se realiza. Por ejemplo, unas elecciones en una democracia representativa, como es la española, es una manera de reafirmarnos en la vida democrática como forma civil de entendimiento y convivencia. Se nos pide el voto para elegir a nuestros representantes y serán ellos los que se supone que llevarán a término mis deseos personales. De ahí que muchas veces mis deseos personales no sean llevados a término, pues es imposible saber cuales son los deseos personales de cada uno en cada ámbito de la vida social; por eso nos "representan", aunque no lleven a cabo nuestros deseos. La democracia participativa sería más costosa y más difícil de llevar a término. Pero independientemente de la democracia representativa o participativa, las elecciones son el gran rito de la democracia representativa. Es la única vez donde puedo intervenir directamente como miembro activo en las futuras decisiones en la política del país; para eso se hacen programas, para darme pistas de cuales van a ser las líneas políticas a seguir en los próximos cuatro años. En ese momento de meter la papeleta en la urna soy el oficiante de mi acción democrática y deposito mis esperanzas de conseguir influir en la vida democrática. No es sólo un acto político, sino que también es un acto ritual. Un acto ritual importante para conservar la normalidad dentro de la normatividad.

Este esbozo de las elecciones como acto ritual, que podría llevar a escribir todo un tratado, nos puede servir para entender que los actos rituales son algo más complejos de lo que pensamos siempre. Cuando pensamos en ritos, pensamos en actos rituales como bautizos, bodas y entierros, ritos de paso que todas las sociedades tienen previstos para los cambios de estatus¹².

En la mayoría de ellas los ritos de paso sirven para el individuo que es objeto del rito de paso, es decir, para los novios que mueren y nacen a una familia, para el bautizado que nace a una vida religiosa, aunque él no lo sepa, etc. Pero en el rito de paso del funeral a los que les sirve realmente es a los familiares, parientes y amigos del difunto. Los ritos funerarios ponen normalidad mediante la normatividad en las personas que estaban ligadas de algún modo sentimentalmente al fallecido. Los ritos funerarios se realizan para homenajear al muerto, pero, una vez muerto, ya no le sirven de nada, sino que sirven a los vivos, que creemos que estamos rezando, oyendo misa y realizando cualquier acto religioso o no religioso para el muerto, pero en el fondo es para adentrarnos en el camino de la normalidad.

Los ritos funerarios no son ritos de paso, son ritos de despedida y, por lo tanto, sirven para los que despiden al ser querido, para los que se quedan. Son un último homenaje a los restos de la persona que se ha ido. Los ritos funerarios nos van indicando el camino por el que deben transitar los “deudos”, la senda de la despedida. Esta senda viene configurada normalmente por ritos de carácter religioso; toda persona católica sabe de antemano que recibirá “la extrema unción” o “el santo viático” antes de morir y que después se le realizará una misa funeral. Pero, volviendo al título del capítulo, para la persona que desea una muerte laica esos ritos no tienen que ser de carácter religioso y pueden incluso ser elegidos por él mismo, si se encuentra en situación que le permita opinar antes de su muerte.

Los ritos funerarios para los no creyentes representan un rito final. Para el que no cree en la otra vida, con la muerte se acaban y terminan todos los ritos de paso. No hay posibilidad, o al menos así piensa el no creyente, de otra vida, y por lo tanto representa el rito final. En cambio, para el creyente pueden considerarse, en cierto modo, un rito de paso, pues la muerte representa un paso a la **otra vida**, aunque quizás no hayan pensado suficientemente en ese hecho, es decir, que representa el paso a otra vida, no a la continuidad de la vida que conocemos. El resto de los ritos de paso se desarrollan en esta vida que conocemos; por lo tanto, la inmortalidad manifestada por la religión es una cierta inmortalidad, pero no una inmortalidad continuadora de nuestra vida terrenal. Aunque todos quieren ir al cielo, al nirvana o al paraíso, nadie sabe realmente cómo es ese cielo, ese nirvana o ese paraíso. Pero dejemos este punto, que no es el motivo de nuestro trabajo, y consideremos los ritos funerarios como ritos finales de despedida. Aunque si queremos diferenciar este rito entre creyentes y no creyentes, los ritos funerarios pueden definirse como: **ritos de paso final** para los no creyentes y **ritos de paso espiritual** para los creyentes.

Que esa despedida no sea religiosa no quiere decir que no sea espiritual y emotiva. ¿Hay algo más emotivo que despedir a alguien que se quiere, cuando esa despedida es para siempre? La emotividad, por otra parte, implica sentimiento, y los sentimientos son patrimonio del espíritu. Por lo tanto, la despedida laica debe estar representada también por la emotividad y la espiritualidad. Representa una ofrenda hacia el recuerdo y un homenaje a la persona que fue y ya no es. En ella se suele poner las manifestaciones espirituales que le gustaban al fallecido: la música, las poesías, las narraciones o las frases que le gustaban. También se contarán sus anécdotas más representativas y por último se realizará un glosario de su carácter, de los rasgos más sobresalientes de su personalidad. Durante el funeral laico sus familiares y amigos le **revivirán** en sus recuerdos y en los detalles que, seguramente, cada vez que se den en la vida cotidiana de cada uno de ellos, les traerá a la memoria a la persona de la que se están despidiendo.

Desde enero del 2007 existe un manual en Cataluña en el que se dan pautas para la celebración de ritos de paso de carácter laico, entre ellos los ritos funerarios¹³.

Esta personalización del rito de despedida va a permitir a la persona poder participar en su propio funeral y diseñar qué música quiere poner o qué textos quiere que se lean. Elegirá su propio ataúd, sin símbolos religiosos extraños y extranjeros para él, poniendo sus propios símbolos si quiere o dejándolo asimbólico. Podrá exponer en ese momento de despedida sus propios valores y sus propias creencias, aunque éstas no sean religiosas, dejando un escrito con su testamento personal y unas palabras de despedida para las personas presentes en el momento de su ausencia.

La muerte laica lleva a una mayor diversidad del rito, pues la elección final depende de cada individuo. Puede ir desde la más absoluta simplicidad, con el traslado desde el tanatorio o la casa del fallecido hasta el cementerio, donde habrá elegido su enterramiento o su incineración, hasta el homenaje más barroco o personal. Recuerdo el velatorio que eligió Fernando Fernán Gómez para su despedida. Fue en el escenario de un teatro donde se vivía una especie de tertulia entre amigos y cada uno le proporcionaba su personal homenaje. Él o, mejor dicho, su representación carnal, presidía la mitad de la escena, y una bandera de la CNT (Confederación Nacional del Trabajo), en representación de su carácter anarquista, cubría su féretro. Este velatorio es una estupenda representación de lo que puede ser considerado un rito funerario de muerte laica.

Por supuesto que se podrá argumentar que ese comportamiento también se puede dar dentro de una muerte religiosa, es verdad, pero este comportamiento es menos frecuente, pues el hecho religioso nos lleva a unos ritos funerarios más encorsetados dentro de los ritos propios de la religión del creyente. La muerte religiosa en cierta manera estará limitada por los ritos de carácter religioso; la muerte laica es libre y sin ninguna cortapisa.

CONCLUSIONES

Mientras que la pluralidad del no creyente siempre puede ser aplicada a la particularidad del creyente, raramente el camino inverso se puede dar, porque los símbolos y los valores religiosos no tienen que ser compartidos por las personas espirituales pero no religiosas; deben ser respetados, pero no compartidos. La muerte laica es propia de una sociedad civil plural donde se respeten todos los valores, porque todos los valores pueden ser expresados en la libertad del respeto mutuo. En una sociedad civil la autonomía personal siempre será un valor constante a respetar y el creyente podrá ejercer sus ritos propios y enriquecerlos con los ajenos cuando no dañen sus creencias. El código único religioso debe ser sustituido por un código múltiple de respeto por la diferencia, y esto no quiere decir que no se pueda llegar a acuerdos. Los acuerdos deben existir para un buen entendimiento de las personas, de los ciudadanos.

Las formas de acompañamiento y los ritos funerarios que se han descrito, por supuesto que están abiertos a las personas con creencias religiosas. Pero hablar de Dios en los momentos finales de la vida a alguien que no cree en Dios, o enterrar al no creyente con ritos religiosos, no pueden servir al agnóstico o al ateo.

Cada cual debe elegir su propio acompañamiento y su propio rito final porque, siempre que se pueda, se debe elegir de acuerdo a los propios valores; más cuando después es posible que no se pueda elegir nada más.

Juan Carlos Delgado Antolín.

Diplomado en Enfermería, Licenciado en Antropología, jcdantolin@terra.es

1. Benito, Eric; Barbero, Javier y Payás, Alba. El acompañamiento espiritual en Cuidados Paliativos. Secpal (Sociedad Española de Cuidados Paliativos). Arán Ediciones S.L. 2008.
2. El País Madrid 26-3-2007. Carmen Morán. El 20% de los funerales en las grandes ciudades españolas ya son laicos
3. Revista Humanizar nº 104 mayo-junio 2009. Entrevista de Diana Sánchez a Esperanza Cachón y Juan Carlos Delgado "integración de valores, espiritualidad y religión en el enfermo. Págs. 14-15.
4. FMC Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Volumen 1, Número 2, Febrero 1994, Página 28.
5. Asociación Internacional para el Estudio del Dolor. IASP.
6. Cassell, E. Extraído de la guía anteriormente mencionada de la SECPAL. El acompañamiento espiritual en Cuidados Paliativos. Secpal (Sociedad Española de Cuidados Paliativos). Arán Ediciones S.L. 2008. Pág. 32.
7. La escala analgésica de la O.M.S. es muy clara en el manejo de los analgésicos.
8. SECPAL, Sociedad Española de Cuidados Paliativos. El Ministerio de Sanidad y Consumo editó en 1993 en colaboración con la SECPAL un pequeño manual de Cuidados Paliativos, donde figuran las recomendaciones a seguir con el enfermo en fase terminal.
9. Martí, Jorge; Juan, Eva. El acompañamiento espiritual en Cuidados Paliativos. Secpal (Sociedad Española de Cuidados Paliativos). Arán Ediciones S.L. 2008. Pág. 41.
10. Masiá Clavel, Juan. Bioética y Antropología, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid 1998. Pág. 231.
11. Delgado Antolín, Juan Carlos. "La fuerza Terapéutica del Rito Funerario". Revista Cultura de los Cuidados de la Universidad de Alicante, nº 17 primer semestre de 2005.
12. Turner, Víctor. "La selva de los símbolos". Pág. 103. Siglo veintiuno de España Editores, S.A.
13. Surroca i Sens, Joan. "Manual del Ceremonial Civil. Los días más grandes". Editado por la Asociación Catalana de Municipios y Comarcas y en colaboración c la Generalitat en 2007.

Comentario a *The Art of Medicine. Narrative evidence based medicine*, de Rita Charon Peter Wyer (1)

Rita Charon se adentra en este artículo en los aspectos humanísticos de la medicina, tan desconocidos y, sin embargo, tan importantes, pues representan la otra cara de nuestro quehacer. Alude a la obra de Henry James "La edad madura", que le sirve de punto de partida para desarrollar toda una filosofía de cómo debemos enriquecer nuestra práctica clínica cotidiana. En ella se relata el encuentro de un joven doctor con un escritor en el final de la vida de éste y su compromiso con el cuidado en los últimos días de la vida del escritor.

Nuestro artículo del *Lancet* hace referencia a tres dimensiones fundamentales a las que nos enfrentamos los médicos, aunque también podríamos aplicarlo al conjunto de profesionales sanitarios, en el amplio sentido de la palabra "profesión" que Diego Gracia ha clarificado en sus obras. (2)

Nos plantea, en breves palabras, que nos encontramos en un filo entre distintas tensiones:

- Lo que conocemos del enfermo y su enfermedad, y lo que desconocemos.
- El conocimiento científico como lo universal, y lo particular como aquello referido sólo a nuestro paciente.
- El cuerpo que sufre dolor, destrucción y muerte, y el alma que también es sufriente, que tiene anhelos, preguntas y necesidades que ni sabemos cómo abordar, ni nos atrevemos a ello. Y en la cercanía de la muerte, el miedo, la soledad y la indefensión

¿Dónde está el límite del origen del dolor y el sufrimiento? ¿Qué hacemos con la muerte? No nos sirven nuestros conocimientos, necesitamos una sabiduría diferente: la *phronesis*, la prudencia aristotélica. (4) No está permitido generalizar, ignorar las diferencias, enfriar los sentimientos y las emociones. Muy al contrario: hay que rescatarlos, pero ¿dónde está el equilibrio? ¿Cómo no sucumbir y que la compasión y el miedo al descontrol, o al propio sufrimiento o muerte, no nos arrastre, nos afecte íntimamente y nos anule como cuidadores? Es un aprendizaje que no hemos recibido. Debemos aprender a conocer las historias de nuestros pacientes, entrenarnos, "reconocer su variabilidad interpersonal y temporal" (3,5) y habilitarnos para paliar ese sufrimiento.

Rita continúa desgranando su tesis: "El desarrollo de la medicina basada en la evidencia narrativa consiste en eso: reconocer a cada paciente como único, misterioso en su patología, atendiendo a su autoexpresión como parte fundamental del cuidado" (1). "La enfermedad no es un incidente rutinario en las salas de hospitalización, es la crisis de una vida", según Anatole Broyard (6). Cuando los pacientes sienten una alteración radical en su sentido convencional de sí mismos y una desintegración de su individualidad como personas, el sufrimiento tiene escasos límites y puede causar desesperación. Ahí está nuestro papel, rescatando su valía, viéndolo como persona que es y fue, manteniendo su sentido de dignidad (6). Las palabras de E. Kübler-Ross: "Ser un buen médico tiene que ver con interesarse por el paciente, tener ganas de compartir su dolor, querer acompañarle y ayudarle en el proceso de su enfermedad" (7) sintetizan esta filosofía.

Una amplia reflexión sobre estos aspectos la encontramos en "La dignidad y esencia de la medicina: El A, B, C, D de la asistencia con conservación de la dignidad del paciente" (6):

A (actitud): es nuestra predisposición a comportarnos de la misma forma ante una determinada clase de objetos; pero las percepciones en las cuales se basa no siempre reflejan la realidad del paciente y, por tanto, debemos intentar ahondar en ella.

B (*behavior*, conducta): basada en tres premisas: mantener contacto con el paciente, tratarle con respeto y amabilidad, y facilitar la comunicación. El verdadero proceso comunicativo es aquel que se mueve sin miedo por el mundo de las emociones, de las actitudes y del verdadero interés por el otro, “ayudándonos a conocer su mundo de valores” (8), lo que supone un privilegio, especialmente en el último capítulo de su vida. Pero con cuidado, ya que se trata de "su mundo" personal de preferencias y expectativas, que actuaría como centro de gravedad, engarzando en él nuestras posibilidades de actuación profesional (9).

Broyard dijo: “me gustaría que mi médico me examinara, que escudriñara a tientas mi espíritu...sin ello, no soy nada más que mi enfermedad”

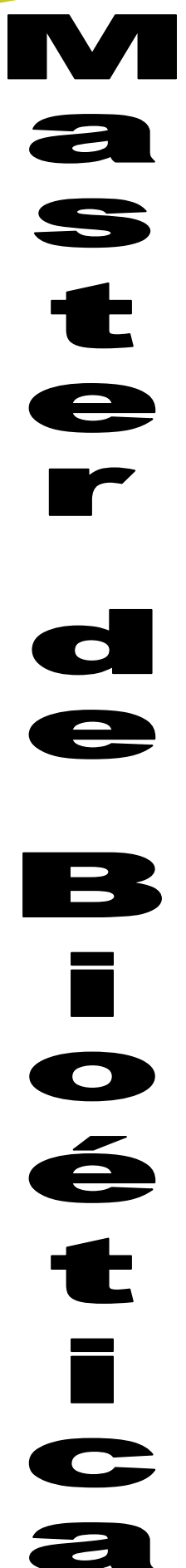
C (compasión): es un pilar básico. Alude a una percepción profunda del sentimiento de otra persona aunada al deseo de aliviarla. Es algo que se siente, va más allá de una simple apreciación intelectual; unos la alcanzarán de forma intuitiva y otros mediante la experiencia de la vida, el ejercicio clínico y el cultivo de las humanidades. No nos reconvertirán totalmente a todos, pero nos ayudarán a comprender el *pathos* de la enfermedad y sus misterios.

Para Elizabeth Costello, el personaje creado por Coetzee, la compasión es “compartir el ser ajeno”, muy distinto a sentir pena por alguien. Además, lleva otras virtudes asociadas: honestidad, confidencialidad, respeto, trato digno y confianza (10). Incluye la comprensión de la situación que vive y la empatía con su dolor, su desazón, su irracionalidad, ansiedad, miedo, preocupación, soledad e indefensión. (7)

D (diálogo): más amplio y estructurado, con el fin de reforzar su sentido de significado, propósito y dignidad.

A veces nos mostramos reticentes a prestar esa atención integral, de asistencia con “conservación de la dignidad”. Los últimos años han supuesto una transición desde un modelo virtuoso del ejercicio de la medicina hacia un modelo más técnico-científico. Ha sido fácil sucumbir a su seducción, pudiendo caer en el peligro del “imperativo tecnológico”, como señala Callahan, en el que se considera la muerte como una enfermedad curable (11). Todo ello nos lleva a una desvirtuación progresiva de la profesión médica que produce situaciones de desmotivación y menor calidad de la atención. Esta circunstancia, según Jovell (10), encaja con el concepto de “ignorancia deliberada o voluntaria” acuñado por Coetzee (7, 10). Se podría aplicar a dos aspectos: el primero, la ausencia de una enseñanza sobre virtudes y valores, y el hábito compasivo mencionado por Kubler Ross, y el segundo, la negligencia en la aplicación de estas virtudes y valores en el ejercicio de nuestra práctica clínica cotidiana. Pero no debemos olvidar que uno de los fines de la medicina es ayudar a morir en paz, además de luchar contra el dolor, la discapacidad y la baja calidad de vida previa a la muerte. (12)

Concluye Rita en nuestro artículo diciendo que las tres tensiones fundamentales que forman los tres círculos de la medicina basada en la evidencia (universal-particular, cuerpo-alma, conocido-desconocido), pueden ser integradas gracias a la narrativa, utilizando la riqueza de la vida del paciente y sus intereses. El análisis histórico y cultural aleja al médico de su propia experiencia y lo introduce en otros mundos morales concretos diferentes. (13) Así es como se configura la Medicina Basada en la Evidencia Narrativa (MBEN): utilizando nuestra experiencia y la de los pacientes para reconocer las tensiones e imaginar alternativas contextuales y prácticas para responder a la calamidad y ayudarnos en nuestra tarea.



Desde esta perspectiva nuestra labor sería más humana y enriquecedora, pero no deberíamos permitir que se circunscribiera a la práctica clínica, sino que tendríamos que extender esta filosofía a los ámbitos docentes, como resalta Arthur Kleinman con exquisita sensibilidad: "La incorporación de humanidades a la formación médica incorporaría resortes para resistir a la burocratización de los valores y la respuesta emocional, aprendiendo el arte del reconocimiento y afirmación del paciente como un ser humano sufriente, introduciendo un mundo de experiencia moral práctica que nos permita aproximarnos a la excelencia" (13). Danielli Ofri lo corrobora de forma muy gráfica, resaltando su importancia en la formación de los jóvenes profesionales sanitarios y concretándolo aún más: "La literatura y especialmente la poesía estimulan la creatividad, reforzando y formando a modo de puntadas nuevas conexiones neuronales que unen partes dispares del cerebro anquilosadas desde nuestra educación primaria, contribuyendo a la observación aguda, emotiva y estética, y permitiendo interpretar lo que nuestros pacientes nos quieren transmitir, a veces usando misteriosas metáforas" (14).

Trasladándonos a otra esfera, me planteo la importancia para la investigación de esta visión centrada en el paciente. Y, más específicamente, para la investigación cualitativa, que pone la mirada en el "discurso" en lugar de centrarla en datos. Con rigor se desmenuza, decodifica y reinterpreta lo que el paciente relata. Las experiencias personales, la formación humanística y el arte nos facilitan la interpretación, que llamamos hermenéutica. El máximo exponente sería el método de la investigación heurístico, que analiza la experiencia de un fenómeno tal y como el investigador lo ha vivido. Derivada del griego *heuriskein* –que significa "descubrir"– parte del principio de que no podemos conocer un fenómeno más que a partir de nuestras categorías propias de análisis, de nuestra experiencia personal de la realidad (15). Esto no siempre es posible, pero podemos ayudar a nuestra imaginación con la narrativa.

Finalizando este recorrido crítico, la frase final que Rita subraya nos acerca a ese pensamiento que debe acompañarnos: "Al final –como hacía el Dr. Hugh en *La edad madura*– sólo podemos sentarnos al lado de la cama del hombre yaciente, guardando vigilia...dando testimonio de la grandeza del hombre". "Esta es la locura de nuestro arte" (1)

María Isabel Parra
Pediatra

Bibliografía:

- 1.- Rita Charon Peter Wyer .The Art of Medicine. Narrative evidence based medicine. The Lancet. Vol 371 January 26, 2008.
- 2- Diego Gracia. Fundamentos de bioética. Triacastela, 3ª edición. 2007
- 3- Bayés R. Cuidados críticos y sufrimiento. Med Clin 2006; 126(15): 576-8
- 4- Aristóteles. Moral a Nicómaco. Espasa Calpe. 1978
- 5- Bayés R. Influencia de la proximidad de la muerte en los factores que pueden ayudar a morir en paz. Med Clin 2005;124(14):554-6
- 6-Chochinov H. Dignity and the essence of medicine: The A,B,C and D of Dignity Conserving Care. BMJ 2007;335:184-187. BMJ (Ed Esp) 2007;1(9);500-503.
- 7-Clara Llubí Maristany. El poder de la escucha en medicina crítica. Humanitas, Humanidades Medicas. Nº 27 mayo 2008.ISSN 1886-1601 (on line).
- 8-Parker RA. Caring for Patiens at the End of Life : Reflections after 12 years of Practice. Ann Intern Med 2002; 136:72-759
- 9-Broggi M A. Gestión de los valores "ocultos" en la relación clínica. Med Clin 2003;121(18):705-9
- 10- Jovell. La historia natural de la profesión médica vista por un paciente. Monografías Humanitas nº7. Fundación Medicina y Humanidades. <http://www.fundacionmhm.org>
- 11-Callahan D. Living and dying whith medical tecnology. Crit Care Med 2003 Vol 31 nº 5 (supl) 344-346
- 12-Hastings Center. Los fines de la medicina.WWW.fundación grifols.org
- 13-Kleinman Arthur. The art of medicine. Catastrophe and caregiving: the failure of medicine as an art. The Lancet. Vol 371 January 5, 2008
- 14-Danielli Ofri. The art of medicine. The muse on the medical wards. The Lancet. vol 371 January 12, 2008.
- 15-Alex Muchielli. Diccionario de Métodos Cualitativos en Ciencias Morales y Humanas. Ed Síntesis 1996.

Uso del relato y la música en la transmisión de valores para el adolescente

La historia del relato en cualquiera de sus formas (cuentos, fábulas, cartas...) está vinculada a la propia historia de la Humanidad. De hecho, este género universal goza de una serie de propiedades que le hacen especialmente atractivo: literarias (suelen ser cortos, permiten una lectura rápida, entretienen sin efectos secundarios), de uso (lúdico, recreativo, formativo) e incluso psicopedagógicas (a fin de resolver conflictos, mejorar la autoestima, desarrollar facultades psíquicas, trabajar habilidades, invitar a la reflexión, etc.). En ese contexto se ha empleado en hospitales, geriátricos o empresas, habiéndose también utilizado en los centros de enseñanza a diferentes niveles educativos (adecuándose en cada caso a las características del grupo diana) demostrando sobradamente su eficacia.

En nuestro caso introducimos los relatos en aulas de adolescentes a fin de trabajar con ellos diferentes valores humanos. Así, en los Institutos de Enseñanza Secundaria "García Bellido" y "Juan del Enzina" de la ciudad de León (España), con la aprobación de los consejos escolares, en el marco de las clases de Música y Tutoría, sin que interfiera en el cumplimiento del programa de tal asignatura y a lo largo de los cursos académicos 2008-2009 y 2009-2010 respectivamente, se utilizaron una serie de relatos para trabajar distintos valores humanos en 128 alumnos (43 y 85 por centro) que cursaban segundo (56), tercero (28) y cuarto (44) de la ESO. De entre ellos había 81 chicas y 48 chicos, estando sus edades comprendidas entre los 13 y 17 años.

La correspondencia entre tales valores y textos es la siguiente: la paz (*La ramita de olivo*, de Manuel Cortés), la amistad (*El cielo y el infierno*, de Paulo Coelho), la comunicación (*El principito*, de Antoine Saint Exupéry), la aceptación de uno mismo (*Carmelo, un niño sin sombra*, de Fernando León de Aranoa), la convivencia (*192 estrellas*, de Manuel Cortés), la solidaridad (*Los mineros*, de Jorge Bucay), la libertad (*Una palabra enorme*, de Mario Benedetti), el amor (*El amor azul marino*, de Manuel Cortés) y la actitud ante la muerte de un ser

querido (mediante dos cartas del libro *Cartas al cielo*, de Pilar Moros).

Con una periodicidad media de uno al mes y haciéndoles coincidir en lo posible con eventos (como el terremoto habido en Haití o el fallecimiento de un familiar cercano) o fechas significativas (como la celebración del Día de la Paz), un mismo relato se reparte por escrito entre todos los alumnos de la clase, quienes a su vez se subdividen en grupos de cinco miembros. Tras trabajar unos días en equipo dicho relato, éste es leído en clase. A continuación cada grupo presenta sus reflexiones con imágenes seleccionadas por ellos mismos, en sistema power-point y con la música de fondo que su contenido les haya sugerido. Con posterioridad se hace una discusión conjunta bajo la coordinación de su profesor tutor, quien velará porque la participación sea máxima, espontánea y en lo posible reflexiva. Los alumnos debaten sobre el relato manifestando sus actitudes, experiencias previas y creencias al respecto, debiendo incluso justificar la música y las imágenes utilizadas. Tales impresiones son recogidas en la pizarra a modo de lluvia de ideas. Al final de la sesión, el profesor elabora una relación de conclusiones consensuadas, así como una serie de compromisos relacionados que de manera conjunta deberían realizar. En el caso concreto de las "Cartas al cielo" se redactan también una serie de consejos para los padres de adolescentes que viven un proceso de duelo abordándose entre otros aspectos su asistencia a los funerales, la vivencia de la rabia o la expresión del dolor y la pena.

La experiencia ha sido bien aceptada por la práctica totalidad de los alumnos (especialmente entre los de los cursos superiores), quienes la consideran original, divertida e interesante. Su valoración es también muy positiva por parte del resto del profesorado de los departamentos implicados.

Resulta habitual que el joven se identifique con algún personaje de la historia tomando su rol en la situación que se describe. En este sentido el relato mejor valorado fue el titulado *192 estrellas*, en el que se aborda de manera figurada los atentados del 11/03/2004 ocurridos en Madrid. El hecho de tratarse de un suceso

relativamente reciente que de algún modo vivieron y recuerdan condiciona positivamente dicha valoración. Asimismo el relato titulado *Carmelo, un niño sin sombra*, que versa sobre un muchacho que presenta esa carencia, incentiva el diálogo sobre experiencias con otros compañeros discapacitados. Finalmente las *Cartas al cielo* les parecen emotivas e impactantes. Con ellas se pretende entender la muerte como una realidad presente en nuestra vida, a la que no hay que temer, que cuando ocurre hemos de aceptar y que ha de afrontarse como un hecho natural de vida.

Respecto a la música seleccionada y aun cuando pueda parecer paradójico por la edad de los probandos, en todos los cursos y para todos los relatos predominan las piezas de autores clásicos, seguidas de las bandas sonoras de películas actuales. En un grupo de 4º de la ESO los estudiantes llegaron a crear en cada caso su propia música. En la valoración cualitativa posterior los alumnos explican ese proceso de selección, entendiendo que la música clásica y sin letra es la que más se adecua a esos relatos y los valores que pretenden inculcar. Paralelamente establecen una correspondencia entre los cambios de ritmo de la obra y los puntos de inflexión del texto. En algún caso utilizaron más de una pieza a fin de diferenciar claramente sus partes.

Desde esta experiencia consideramos que entre los adolescentes el relato puede incentivar la lectura, facilitar la cohesión grupal, predisponer al debate y la reflexión, acercar a grandes escritores del género, favorecer la interacción con la música y ayudar a mejorar el vocabulario fomentando la sensibilidad y la creatividad. A su vez concluimos que el relato en cualquiera de sus formas puede ser un elemento de utilidad para trabajar en el aula distintos valores universales. Asimismo, dentro de esta población puede resultar válido en el abordaje del binomio vida-muerte a fin de canalizar de manera adecuada un proceso de duelo por el fallecimiento de un ser querido.

1. **Médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, psicólogo y escritor. Instituto Universitario de Drogodependencias, Universidad Complutense, Madrid.**
<http://manuelcortesblanco.blogspot.com>
2. **Profesora de Educación Secundaria (especialidad Música). IES “Juan del Enzina”, León.**

Nota: Una parte de este trabajo fue presentado al XX Symposium Nacional de Pediatría Social, celebrado en Barcelona en marzo del 2010, obteniendo el segundo premio a la mejor comunicación.

Manuel Cortés Blanco ^{1.}
Mª Tránsito Domínguez Astorga ^{2.}

Caso Clínico Comentado

Historia Clínica

Mariló es una mujer de 75 años con antecedentes de asma, obesidad, hipertensión arterial, dislipemia e insuficiencia venosa que acude a urgencias de un hospital terciario por un cuadro de disnea y fiebre. Ha sido vista en días previos por su médico de cabecera quien, considerando que se trataba de un agravamiento de su asma, ha intensificado el tratamiento ambulatorio con betaagonistas y corticoides, tanto inhalados como por vía oral. La paciente refiere que, después de una mejoría durante los primeros 5 días, en las últimas 24 horas ha experimentado un cuadro de fiebre alta con escalofríos y tiritonas, así como cambios en el esputo e intensificación de la falta de aire.

A la exploración física se observa mal estado general, palidez cutánea, piel sudorosa, taquipnea, tiraje, Tª de 38°C, saturación de oxígeno del 90%, TA de 100/50, FC de 115x', Peak flow del 60%, consciente y orientada, ligero flapping, roncus y sibilantes dispersos, y crepitantes en base derecha. En la radiografía de tórax se aprecia condensación en base derecha, en el hemograma hay leucocitosis con desviación izquierda y hay bacilos gram negativos en el esputo. La función renal está conservada. En la gasometría hay hipoxemia y discreta hipercapnia. Por todo ello, se diagnostica de neumonía con criterios de ingreso en planta y se comienza tratamiento, a la espera de que le sea asignada una cama.

Veinticuatro horas después la paciente permanece en urgencias. Está afebril, con mejor estado general, ligera taquipnea y saturando al 94% con oxígeno. En ese momento le comunica a la enfermera que quiere el alta voluntaria. La enfermera explora las razones de la petición y descubre que la paciente teme por la vida de su perro, pues vive sola, no tiene familia y nadie más que ella tiene llave de su piso. Refiere que el perro es su única compañía y su familia. La enfermera no puede convencerla y comunica estos hechos al médico, quien intenta disuadir a la paciente, también infructuosamente.

Comentario

Deliberación sobre los hechos

Se trata de una paciente de 75 años, con buena calidad de vida, asmática de larga evolución y diagnosticada de neumonía probablemente por *Pseudomona aeruginosa*, y broncoespasmo severo. A juicio del médico de urgencias, su vida corre un riesgo significativo si es dada de alta en las condiciones actuales.

Deliberación sobre los valores

Lista de problemas éticos

- ¿Se debe correr un riesgo vital por un animal?
- ¿Debe el médico impedir con todos los medios a su alcance que la paciente se vaya de alta?
- ¿La paciente ha entendido bien que su vida corre peligro?
- ¿Un paciente pendiente de ingreso debería permanecer en urgencias durante 24 horas?
- ¿Debe el médico respetar la decisión de la paciente a pesar de que sus motivos le parecen de muy poco peso?
- ¿Hasta dónde llega nuestra responsabilidad hacia los animales domésticos?
- ¿Debería implicarse a otras instancias del hospital para resolver el conflicto?
- ¿Puedo engañar a la paciente y decirle que está aún peor de lo que realmente está?

- ¿Puedo considerar que, debido a la hipercapnia, está encefalopática y por tanto no es capaz?
- ¿Debe implicarse el médico de urgencias en resolver la situación del animal?
- ¿Debería existir algún mecanismo de actuación social para casos como éste?

Elección del problema a analizar

¿Debo respetar la decisión de la paciente a pesar de que me parece que corre un riesgo vital sin sentido?

Identificación de los valores en conflicto

<ul style="list-style-type: none"> • Respeto a la decisión de la paciente • Vida del perro • Higiene pública • Mundo afectivo de la paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Vida y salud de la paciente
--	---

Deliberación sobre los deberes

Identificación de cursos extremos de acción

Hacer todo lo posible para evitar el alta de la paciente, incluida la consideración de que no está capacitada
 Darle el alta voluntaria

Identificación de cursos intermedios de acción

Reevaluar a la paciente: hacer exploración física, analítica y gasometría basal, y decidir después
 Asegurarse de que la paciente ha entendido bien el riesgo
 Pedirle consejo a otros compañeros de urgencias con más experiencia
 Explorar la posibilidad de que exista alguna persona cercana a la paciente que pueda venir al hospital, coger la llave y ocuparse del perro
 Darle tratamiento intensivo, el alta voluntaria y pactar con ella que regrese ese mismo día, cuando consiga alguien que cuide del animal o cuando al menos le haya dejado comida y bebida suficiente
 Contactar con una perrera pública para que se haga cargo
 Contactar con los servicios sociales del hospital, por si hubieran tenido casos parecidos

Identificación del curso óptimo

Explorar la posibilidad de que exista alguna persona cercana a la paciente que pueda venir al hospital, coger la llave y ocuparse del perro
 Asegurarse de que la paciente ha entendido bien el riesgo
 Consultar con otros compañeros de urgencias y/o contactar con los servicios sociales del hospital, por si hubieran tenido casos parecidos
 Reevaluar a la paciente: hacer exploración física, analítica y gasometría basal, y decidir después
 Darle tratamiento intensivo, el alta voluntaria y pactar con ella que regrese ese mismo día, cuando consiga alguien que cuide del animal o cuando al menos le haya dejado comida y bebida suficiente

Pruebas de consistencia

Prueba de la legalidad: Los cursos óptimos escogidos son legales y respetan la autonomía de la paciente. La paciente presenta una hipercapnia leve, pero no muestra signos de afectación de las funciones superiores, por lo que no debe ser incapacitada.

Prueba de la temporalidad: Los cursos escogidos han sido fruto de una valoración ponderada y no de la precipitación.

Prueba de la publicidad: Hay argumentos basados en la protección de la vida de la paciente y en el respeto a su autonomía suficientes para defender públicamente los cursos escogidos.

Lo que ocurrió

El médico se aseguró de que la paciente había entendido el riesgo que corría y de que, efectivamente, conservaba la lucidez. La paciente no sabía de nadie que pudiera encargarse del animal y parecía socialmente bastante aislada, con una dependencia emocional importante del perro. En vista de todo ello el médico consultó con sus compañeros, uno de los cuáles le recomendó preguntarle al administrativo de ingresos de urgencias. Eran las siete de la tarde y los servicios sociales no estaban disponibles. El administrativo, con una larga experiencia en el hospital, llamó a la policía municipal y les explicó el caso, así como las implicaciones que tendría para la salud pública que hubiera un animal solo y encerrado en un piso. La policía acudió al hospital, recogió la llave y encontró un vecino de la paciente dispuesto a hacerse cargo del perro.

La paciente se fue de alta médica aproximadamente una semana después.

Teresa Parajón Médico



Algunos apuntes sobre el uso del "tú" y el "usted" en el ámbito sanitario

De un tiempo a esta parte se ha generalizado en España el uso del "tú" para dirigirse a cualquier persona y en las circunstancias más variadas. Las razones son múltiples, como la influencia del habla inglesa, que diferencia la forma del trato mediante el título de la persona a que se dirige el interlocutor ("You are stupid, Charles" no es lo mismo que "You are stupid, Mr Gordon"), o por la feliz exaltación que ocasionó el advenimiento de la democracia y la modernización a finales de los años 70. El caso es que ahora, cuando un paciente entra en contacto con la sanidad, se tropieza una y otra vez con médicos, administrativos, enfermeras, celadores, etc. que le dicen: "Juan, tumbate en la camilla que te voy a hacer un tacto rectal"; o "Isabel, no me muevas el brazo que así no te puedo coger la vía"; o "¡Venga, Pedro, que te pongo en la silla y nos vamos a rehabilitación!"

Es posible que Juan tenga 50 años y no considere pertinente que un treintañero le hable como si fuera su amigo de toda la vida en un momento tan íntimo como el descrito. O que, aun siendo tanto o más joven que el facultativo que le va a poner un dedo en el recto, sienta que se encuentra en una situación de vulnerabilidad que se vería en parte compensada por una manifestación de respeto tan antigua en lengua castellana como sería un simple "usted".

También es posible que Isabel se sienta frágil, dependiente o en manos de alguien que apenas conoce cuando una enfermera se dispone a atravesarle la piel con un adinículo susceptible de causar dolor, además de dar entrada a su torrente sanguíneo de sustancias que desconoce y tal vez teme. Tampoco es difícil ver la semejanza formal entre esa frase y una orden dada a una niña por su madre o por su profesora: "Isabel, no me muevas el brazo que así no te puedo poner el abrigo". Sin duda, es importante que la paciente no mueva el brazo para llevar a cabo el procedimiento de la mejor manera posible. Pero, ¿no se sentiría menos infantilizada y más segura y tranquila si la frase hubiera sido: "Señora García -o incluso señora Isabel, o hasta Isabel a secas- no me mueva el brazo que así no le puedo coger la vía?". Respecto al dativo de interés, también muy frecuente, se podría

escribir otro artículo. Pero, en resumen, también tiende a la infantilización. Si lo retiramos de la frase, nos quedaría un coloquial y bastante correcto "Isabel, no mueva el brazo que así no le puedo coger la vía". La entonación -y tal vez un "por favor"- podrían acabar de redondearla.

Finalmente, tenemos a Pedro. Pongamos que se acaba de operar una rodilla y que siente cierta natural aprehensión hacia el funcionamiento futuro de la misma. Aunque en el fondo da igual, porque el caso es que si necesita un celador que lo transporte o lo acompañe en el interior de un centro sanitario, es porque se trata de una persona que se siente mal y necesita a alguien que lo guíe para llegar al sitio en donde le van a prestar ayuda. Es decir, depende del celador.

Todos los usuarios de la sanidad lo son de un servicio que se presta en torno a la salud de esos usuarios. Es decir, que son personas que en gran medida se ponen en manos de otras, de la misma forma que nos ponemos en manos de los conductores de autobús, o de las peluqueras, o de un entrenador deportivo. Y, sin embargo, la situación no parece ser la misma. El *tuísmo* generalizado puede molestar más o menos a los individuos en dependencia de la educación que hayan recibido, y no se trata aquí de analizar cómo ha afectado socialmente este cambio en las costumbres lingüísticas españolas. Se trata más bien de volver sobre nuestros pasos y descubrir, entre los varios matices culturales del "usted", los que interesan a los trabajadores de la sanidad. No es, ciertamente, el respeto reverencial, ni tampoco el debido a un superior, a una autoridad o a un poderoso dignatario. Tampoco, por supuesto, el de la distancia debida a un cierto desprecio. Sin embargo, sí se trata de matices en cuya detallada observación podrían descubrirse pinceladas como "respeto", "dignidad", "relaciones de poder" o "cercanías invasoras".

No hay motivo para ofenderse; no pongo en duda que la intención de los sanitarios *tuístas* no sea otra que la de tranquilizar al paciente y hacer que se sienta como en casa, o como si estuviera en manos de amantes padres sabelotodo o devotos hijos que los conducen por los nuevos y desconocidos caminos de la ciencia, por ejemplo. También entiendo que sea más fácil para muchos mostrar empatía, e incluso ciertos sentimientos afectuosos que son importantes para los pacientes, si los tratan de tú. Requiere un poco de esfuerzo entrenamiento quitarle al "usted" la pátina de suciedad reverencial y despectiva para descubrir, bajo ella, la limpieza de su trato de igual a igual y con la distancia justa para no invadir intimidades ajenas. En eso, y no en otras cosas, reside el respeto verdadero que se esconde detrás del "usted" en castellano.

Es cierto que muchas veces los pacientes nos tratan también de "tú", sobre todo si son de la misma o mayor edad que nosotros, costumbre ésta de fuerte arraigo en cualquier ámbito de nuestra sociedad y basada en una superioridad, verdadera o no, que refleja muy bien el dicho aquél de "más sabe el diablo por viejo que por diablo". Se podría decir mucho al respecto, como que sin duda la experiencia tiende a aumentar la sabiduría, pero también que es poco sabio despreciar o considerar globalmente inferior al más joven sólo por serlo, pero no creo que merezca ahora la pena entrar en esa discusión. Otro motivo podría ser simplemente la costumbre *tuísta*, sin otras implicaciones más allá de ser una forma vigente de trato entre iguales. O, finalmente, que el usuario-paciente, además de considerar al sanitario un trabajador a su servicio -idea por demás correctísima- le añada a esta categoría cierto matiz de desprecio o de exigencia grosera. En definitiva, los pacientes *tuístas* abarcan un amplio espectro de matices.

Sin embargo, hay un hecho indiscutible. Se ponga como se ponga el paciente, el caso es que no suele acceder a la sanidad sin una cierta dosis de angustia, cuando no una grande de miedo franco. Y los sanitarios somos precisamente las personas que encarnamos la sanidad. Ésta no es un ente abstracto para el enfermo que atraviesa el umbral, sino fulanita la celadora, menganito el enfermero y zutanita la médica quienes, respectivamente, le van a proporcionar un viaje en silla de ruedas sin frenos ni volante a través de la multitud, le van a pinchar un brazo y le van a tocar el recto. Es decir, que los pacientes acceden a cada uno de nosotros, cara a cara, con esa angustia o ese miedo. ¿A alguien le queda alguna duda de que estamos ante una

relación de poder, aunque todas las partes sean adultas? Y a propósito de esto, ¿cabe la posibilidad de que el *tuísmo* y hasta la grosería de un paciente esté inconscientemente encaminado a rebajar esa angustia? Nadie tiene que soportar faltas de respeto más allá de un punto razonable, pero hacerse esa pregunta y asumir una actitud determinada hacia el angustiado Sebastián o hacia Sebastián el maleducado puede suponer una tremenda diferencia en el futuro de esa relación sanitario-paciente que acabamos de empezar. Por ejemplo -eureka- un "usted", sin que tiemble la voz al decirlo, puede significar: "Sepa usted que, como persona digna que soy, trato con dignidad a mis semejantes, máxime cuando se sienten mal y se ponen en mis manos. Así pues, lo llevaré en la silla con más cuidado que si estuviera transportando porcelana china, le pincharé el brazo con la técnica mejor que me han enseñado y le pondré el dedo en el recto considerando esa parte del cuerpo como la más delicada y respetable de toda su anatomía". Expresar todo esto sin decirlo en voz alta puede requerir tiempo y esfuerzo, y no necesariamente la utilización del "usted". Pero la experiencia me dice que ese "usted" reduce el esfuerzo y el tiempo necesarios para que el mensaje le llegue a Sebastián, disminuyendo así su angustia lo suficiente como para reducir, de forma paralela, aquella mala educación defensiva con que entró por la puerta.

Pero volvamos a la relación de poder. Cualquiera que ponga su cuerpo, psique incluida, en manos de alguien, está en una situación de franca desventaja, sea o no consciente de ello. Y los sanitarios, en tanto que personas con poder en virtud de la enfermedad, el miedo, la angustia, el dolor y todas esas cosas por las que entablamos relación con otras personas llamadas -bien o mal- pacientes, tenemos el deber de hacer los movimientos necesarios para ajustar los términos de esa relación hasta llevarla a la de dos seres humanos que se merecen mutua consideración y respeto. En este esfuerzo, el "usted" es sólo una herramienta que tiende a impedir la infantilización, la sumisión y la invasión de la intimidad.

Respecto a la mayor facilidad para mostrarse empáticos o afectuosos con los pacientes cuando nos dirigimos a ellos de "tú", creo que

basta sacudirle el polvo de la reverencia al "usted" para que desaparezca casi instantáneamente y como por arte de magia esa sensación de extrañeza. "Usted" no es un dios, sino simplemente una persona como nosotros en una situación de vulnerabilidad. Lo que no quiere decir que en vez de brazo tenga "bracito", ni que la manta que la cubre sea una "mantita", por cierto. Existe el afecto entre iguales y ese es el que, con toda corrección, deberían mostrar los trabajadores sanitarios hacia los pacientes, siempre que les surja de forma natural. En caso contrario, el respeto y la consideración bastan.

Finalmente, quisiera aclarar que ésta no es una defensa a ultranza de la utilización del "usted" en sanidad. Para empezar, siempre habrá excepciones. En segundo lugar, no es sólo el uso del "usted" lo que se requiere para tratar a alguien con respeto. Véase sino el primer párrafo de este artículo: "You are stupid Mr Gordon". Y, en tercer lugar, cabe la remota posibilidad de que, al tratarnos todos de tú, no corramos el riesgo de infantilizar, incitar a la sumisión, incrementar la vulnerabilidad de uno y enfatizar el poder de otro, o sobrepasar la línea donde cada cual establece su intimidad. Remota en tanto que lejana en el tiempo, si atendemos a lo que ahora ocurre con el *tuísmo* en sanidad.

Teresa Parajón
Médico



- *Quinto Simposio Internacional de Teoría de la Medicina*: "Teoría de la Medicina y Gobernanza del Sistema Sanitario" Fechas: Mayo 2011, martes 24 de 16 a 20h y miércoles 25 de 10 a 14h. Para recibir información sobre ésta y otras actividades de Teoría de la Medicina, contactar con José Lázaro: jose.lazaro@iatros.es Consultar también el interesante blog: <http://humedicas.blogspot.com/>
- En el Congreso sobre Xavier Zubiri celebrado en Valparaíso (Chile) el pasado mes de septiembre, se presentaron algunas ponencias de gran interés, algunas de ellas con relación a temas de bioética: D. Gracia: "Nuestra situación intelectual: Zubiri en el horizonte de la complejidad"; A. Cortina: "Neuroética ¿moral como estructura y moral como contenido?"; J. Conill: "Neurofilosofía en perspectiva zubiriana"; C. Pose: "Estructura de la intelección: la construcción de la bioética"; L. Feito: "Si Zubiri pudiera discutir con la bioética actual. Inteligencia y neurociencia". Pueden verse las conferencias en video: http://www.youtube.com/view_play_list?p=A0F954661CA7A5E5
- XXV Seminario Interdisciplinar de la Cátedra de Bioética de la Universidad Pontificia de Comillas con el tema 'Pasado, presente y futuro de la Bioética española' los días 19, 20 y 21 de mayo de 2011 en Madrid (Alberto Aguilera, 23. Aula García Polavieja)
- European Forum for Good Clinical Practice Annual Conference 2011 "Certified GCP Training Needs & Solutions" los días 1 y 2 de Febrero de 2011 en Marriott Hotel, Budapest (Hungria). www.efgcp.be
- Conference series "The Role of Moral Theory in Health Care Ethics" Tercera conferencia: The role of ethics (ethicists) in a multi-professional context. Bristol, 14 - 15 Enero 2011. <http://shsahrcproject.swan.ac.uk/Bristol%20conference%20description.htm>
- Ethics and Ageing – EOB International Conference: *Perspectives on the ethics of healthy ageing, anti-ageing, and life-span extension*. Erasmus MC / University Medical Center. Department of Medical Ethics and Philosophy of Medicine. VU University, Amsterdam (The Netherlands), 17-18 March 2011. <http://www.bioetica-debat.org/contenidos/Agenda/2011/EOB.pdf>

Bibliografía y fuentes de Bioética

- Renee C. Fox, Judith P. Swazey, *Observing Bioethics*. Oxford University Press. 2008
- Miguel Moreno (coord.) *Perspectivas en la investigación con células troncales. Aspectos científicos, éticos, sociales y legales*. Ed. Comares. Granada 2010
- Ruth B. Purtilo, Henk A.M.J. (ed.) *Ethical Foundations of Palliative Care for Alzheimer Disease*. Johns Hopkins University Press. 2010
- Thomas H. Murray, Karen J. Maschke, and Angela A. Wasunna. *Performance-Enhancing Technologies in Sports: Ethical, Conceptual, and Scientific Issues*. Johns Hopkins University Press, September 2009
- Lewy, G. *Assisted Death in Europe and America. Four Regimes and Their Lessons*. Oxford University Press, 2010
- Matti Häyry, Tuija Takala, Peter Herissone-Kelly (ed.) *Arguments and Analysis in Bioethics*. Rodopi. 2010
- Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues. *The Ethics of Synthetic Biology and Emerging Technologies*. Washington. 2010. Disponible en <http://www.bioethics.gov/news/>
- Georgetown University Press acaba de publicar la 2ª edición del libro *Methods in Medical Ethics*, de Jeremy Sugarman y Daniel P. Sulmasy (ed) con nuevos capítulos. Uno de ellos firmado por Diego Gracia.
- Revista Dilemata: <http://www.dilemata.net/revista/>
- R. Rorty: *Una ética para laicos*. Katz, Buenos Aires, 2009

No te salves

No te quedes inmóvil
al borde del camino
no congeles el júbilo
no quieras con desgana
no te salves ahora
ni nunca
no te salves
no te llenes de calma
no reserves del mundo
sólo un rincón tranquilo
no dejes caer los párpados
pesados como juicios
no te quedes sin labios
no te duermas sin sueño
no te pienses sin sangre
no te juzgues sin tiempo

pero si
pese a todo
no puedes evitarlo
y congelas el júbilo
y quieres con desgana
y te salvas ahora
y te llenas de calma
y reservas del mundo
sólo un rincón tranquilo
y dejas caer los párpados
pesados como juicios
y te secas sin labios
y te duermes sin sueño
y te piensas sin sangre
y te juzgas sin tiempo
y te quedas inmóvil
al borde del camino
y te salvas
entonces
no te quedes conmigo

Mario Benedetti



Foto: Lydia Feito

Desde la redacción de este Boletín Bioética Complutense, queremos desear a todos los lectores, amigos, e interesados en la Bioética, que el año próximo esté pleno de proyectos, ideas, ilusiones, trabajo y fuerzas para hacer, desde nuestra reflexión compartida y desde el compromiso con la realidad, un mundo mejor.

¡Feliz Año Nuevo!

