

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

- Tener que ser P.3
- Muchas vidas dentro de una vida P.9
- Paternalismo a relación de ayuda P.10
- Caso clínico comentado P.13
- Imaginación y narración P.16
- Reflexión sobre el acto sexual P.18

Desde la redacción

Este año parece estar lleno de desastres y motivos para la tristeza: un terrible terremoto en Japón, que nos ha dejado el alma congelada por las muchas víctimas y por los problemas que aún amenazan; los enfrentamientos en diversos países donde se reclama mayor libertad y democracia, y en concreto la guerra que está teniendo lugar en Libia; la crisis económica que sigue atenazando a buena parte del mundo, atrapando a muchas personas en el desempleo, la pobreza, la falta de esperanza... desde luego, el mundo no parece ahora un lugar hermoso y feliz.

Sin embargo, donde están las dificultades, hay que poner empeño y esfuerzo en superarlas; donde está el dolor y el sufrimiento, hay que prestar ayuda y apoyo; donde faltan oportunidades, hay que imaginar posibilidades nuevas; donde hay desánimo y desesperación, hay que construir y defender ideales.

Malos tiempos sí, pero por ello mismo pruebas para ver cuán fuertes están nuestras convicciones, nuestras ganas de luchar, nuestra solidaridad, nuestras ideas y nuestro aliento.

La bioética sirve bien al propósito de lanzar proyectos creativos de construcción. No en vano, es una ética de la vida, y por tanto, un modo de reflexionar sobre lo que nos hace humanos, sobre la complejidad y las dificultades de la vida, sobre cómo comunicarnos, atender, colaborar y asistir en el sufrimiento, en la enfermedad o en la muerte. Y también sobre cómo promover la vida, la responsabilidad, o el compromiso solidario. La bioética exige una fuerte convicción en la validez y la viabilidad de la empresa de "hacer más humanos los espacios de lo humano" y también de sentirnos interpelados por los modos de lo humano. Exige empeñarse en buscar la prudencia, para acercarnos lo más que podamos a lo mejor, a lo óptimo, que es el mundo de la ética, como horizonte al que tender, sin caer en el desaliento ni el pesimismo,

En este boletín ha querido el azar que se reúnan varias reflexiones muy personales, desde lo vivido, desde lo aprendido, desde lo sufrido. Nos muestran narraciones, relatos de experiencias que, como también se indica en otro de los artículos, nos dan que pensar y nos hacen imaginar. Esa es la tarea humana: no dejarse vencer por la adversidad, no dejar de creer, seguir luchando por un mundo mejor.

Hay mucho que hacer, así que, despedamos al desánimo, a la desesperación, como nos dice M. Benedetti en su poema *Chau Pesimismo*.

Lydia Feito. Directora

(...)
claro que voy a despedirte
no sé por qué no lo hice antes
será porque tenés tu propio método
de hacerte necesario
y a uno lo deja triste tu tristeza
amargo tu amargura
alarmista tu alarma

ya sé vas a decirme no hay motivos
para la euforia y las celebraciones
y claro cuando tenés razón
pero es tan boba tu razón tan obvia
tan remendada y remendada
tan igualita al pálpito
que enseguida se vuelve sinrazón
ya sos mayor de edad
chau pesimismo
y por favor andate despacito
sin despertar al monstruo

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. Juan Carlos Delgado
D. Tomás Domingo Moratalla
D^a. M^a Angeles Giaquinta
D^a. Leire González
D. Diego Gracia Guillén
D^a Teresa Parajón
D^a. Esperanza Santos
D. Luís Sanjuanbenito

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



La educación de los ciudadanos, la Blogosfera y los espacios de deliberación para la bioética

Tal y como anda el mundo, resulta más evidente, si cabe, que en ningún otro momento anterior, que nos jugamos todo en la educación. Desarrollar el pensamiento crítico de las personas y tratar de aprender lo que es la convivencia, supone promover la comprensión, el diálogo intercultural, la solidaridad, la igualdad entre hombres y mujeres y las relaciones armoniosas entre los pueblos.

La tarea dista de ser fácil. Ya decía I. Kant que la educación es el problema mayor y más difícil a que podemos enfrentarnos. Se trata nada menos que de formar ciudadanos, personas que han de convivir en un mundo complejo y cambiante. Una sociedad democrática demanda una educación que ayude a formar valores de convivencia, diálogo, respeto a la diversidad, comprensión de la diferencia y búsqueda de mínimos, multiculturalidad, pluralismo, tolerancia. Para ello no bastan los conocimientos. Es preciso también añadir una cierta prudencia y sabiduría a la hora de analizar la realidad y de tomar decisiones. Y ello requiere una actitud de diálogo, de cautela, de percepción de que no existe una única verdad, ni un único modo de buscar la felicidad. De ahí que sea fundamental insistir en que para lograr la justicia y la solidaridad, es preciso educar en actitudes de respeto a la diversidad, de diálogo y también, por qué no, de un cierto entusiasmo por la oportunidad de tomar parte de la construcción de un espacio de convivencia enormemente rico aunque complejo.

Por eso tiene razón A. Cortina (*Ciudadanos del mundo. Hacia una teoría de la ciudadanía*. Alianza. Madrid, 1997) al afirmar que los conocimientos son fundamentales, porque una sociedad con buena información es la que puede participar de modo real en la vida democrática, al poder aprovechar sus recursos, y tener la posibilidad de ser crítica con los datos y propuestas que se le ofrecen. Por eso es importante que la universidad sea formadora y transmisora, como afirmaba Ortega. Pero no es menos cierto que es imprescindible que se formen especialistas, expertos en los distintos campos profesionales que puedan diseñar estrategias y alternativas con el fin de mejorar la vida. Lo cual, no necesariamente hace deudora a la universidad de la empresa, ya que esto eliminaría su dimensión de lugar de la cultura, para reducirla a una mera escuela de técnicos, al servicio no de la humanidad, sino de los intereses económicos.

Pero todavía hay otra dimensión que la formación ha de incluir, y que no tiene tanto que ver con la adquisición de conocimientos y habilidades, sino con el desarrollo de actitudes.

Se trata de buscar la prudencia en las acciones, saber evaluar los fines y los medios, a la búsqueda de una vida digna de ser llamada humana. A ello apunta la búsqueda de una sabiduría moral, que es clave para la realización de la justicia.

Formar ciudadanos es, sin duda, una de las más arduas y difíciles tareas que pueden abordarse. En ella se juega el futuro de una comunidad que, a tenor de los tiempos que nos ha tocado vivir, tiende a ser una comunidad global, planetaria incluso, en la que la diversidad y la pluralidad son las características más notables. Habida cuenta de esta enorme dificultad, conviene notar que los valores que se defiendan serán los baluartes de una cultura y la razón de ser de una comunidad de ciudadanos, comprometidos con un proyecto común. De ahí que la educación, clave de la formación de quienes han de formar parte de esa ciudadanía, deba esmerarse en ofrecer herramientas adecuadas a tamaño empresa. Porque la ciudadanía no es sólo un atributo que se adquiere, se conquista a base de responsabilidad y trabajo común. Amén del tiempo que requiere la formación de valores y cualidades que los ciudadanos necesitan durante todo su proceso vital. No se trata de una tarea fácil ni mucho menos de frutos inmediatos.

En el ámbito de la bioética, donde se hace patente la necesidad de trabajar con valores, en ámbitos plurales y multidimensionales, enfrentándonos a problemas de gran complejidad, ese esfuerzo por buscar la prudencia y la sabiduría moral sólo parece posible desde el cultivo de la deliberación, como estrategia y como actitud.

Un cauce interesante para elaborar reflexiones compartidas, abrir espacios de deliberación y promover compromisos responsables como ciudadanos, está siendo posibilitado por las nuevas tecnologías electrónicas. La blogosfera, el mundo de los blogs (y junto a ella, las redes sociales) se ha convertido en un modo de expresión de los ciudadanos, que desde una actitud implicada y activa, exponen y defienden sus perspectivas, abriéndose a un diálogo con otras personas.

Los últimos acontecimientos mundiales, nos han mostrado el enorme potencial de estas tecnologías y cómo los ciudadanos tienen sed de diálogo, de comunicación libre, de participación en la vida pública.

Colaborar en esa bioética deliberativa, también desde la blogosfera, es el objetivo del espacio www.bioeticafilo.blogspot.com

El comentario de Diego Gracia

El comentario de Diego Gracia

Tener que ser



La frase es de Ortega, que varias veces en su obra distingue tres planos, a cuál más profundo, en los individuos: el de su “ser” o plano ontológico, el del “deber ser” o deontológico, y el del “tener que ser”, para él el único estrictamente moral. Extraña sobre todo que Ortega ponga especial énfasis en este último. Ello se debe a que considera que la obligación moral de los seres humanos no está en cumplir las normas o mandatos del deber ser, que a la postre son siempre genéricos y heterónomos, sino en la fidelidad a uno mismo, a la propia vocación, a eso que se nos impone con fuerza irresistible desde lo más profundo de nosotros mismos, de modo que si no lo cumplimos, si le somos infieles, hará que nos sintamos fracasados, por más que nuestra vida pueda parecer a la vista de los demás coronada por el éxito. Eso que se nos impone con fuerza insobornable es lo que unos llaman “destino” y otros “vocación”, algo muy profundo que exige estricta fidelidad y que por ello mismo, visto desde fuera, cabe confundir con la pura tozudez o la simple cabezonería.

“Yo soy yo y mi circunstancia”, reza el apotegma orteguiano, cuya continuación dice así: “Y si no la salvo a ella, no me salvo yo.” Todos llevamos a cabo nuestra vida en circunstancias determinadas, unas propicias, otras adversas. Se puede vivir al dictado de las circunstancias, sometido a ellas. Tal es el paradigma de lo que Heidegger llamó “existencia inauténtica”, término este último que en ética cabe sustituir por el de “heterónoma”. Eso no es lo que Ortega llama “salvar” la circunstancia sino todo lo contrario, “sucumbir” ante ella. Salvarla exige asumirla en toda su concreción, esto es, con su negatividad y también con sus muchas posibilidades, para llevar a cabo la vida “propia”, es decir, la vocación, aquello que cada cual considera que “tiene que hacer”, su imperativo vital o existencial.

La vida humana, la biografía que todos vamos escribiendo, es siempre la suma, decía Dilthey, de esa misteriosa trama que entretejen “azar, destino y carácter”. El azar lo ponen las circunstancias, el individuo aporta su carácter y con ambos el ser humano construye su destino. Ese resultado, el destino, somos nosotros mismos, nuestra vida real y concreta, en toda su grandeza, también con todas sus limitaciones.

Eso que Ortega llamó circunstancia en historiografía recibe a veces el nombre de “coyuntura”. Hay muchos tipos de coyuntura, geográfica, económica, política, cultural, profesional, religiosa, etc. Nadie puede saltar por encima de las coyunturas que le tocan en suerte o en desgracia. El que nos caigan unas u otras depende, quizá no en toda, pero sí en buena medida, de lo que Dilthey llama “azar”. Las coyunturas se nos imponen, modificando e incluso frustrando nuestros planes. De lo que muchos historiadores concluyen, pienso que erróneamente, que todo eso del destino y la vocación es cosa de la época de Fichte, puro idealismo que confunde más que orienta el recto y sensato proceder del historiador profesional, cuya labor no es otra que la de atenerse escrupulosamente a los hechos documentales, describir lo que el personaje que estudia fue, su “ser”, el primero de los niveles descritos por Ortega, desechando los otros dos, por completo ajenos al rigor historiográfico. Me pregunto si afirmar eso no es ya un juicio de valor, no de hecho, y de una ingenuidad sorprendente, por más que se esté convirtiendo en tesis común en ciertos ámbitos de historiadores. No es posible hacer historia con solo hechos, aunque más no fuera porque ésa es ya una opción de valor.

Hace días asistí a un acto singular. Fue la defensa de una tesis sobre la vida y la obra de Bernardino Landete, uno de los grandes en la historia de la estomatología española. Su vida, como hizo ver uno de los miembros del tribunal, da para varias películas. Liberal y republicano, tuvo frente a sí la imponente figura de Florestán Aguilar, monárquico y conservador. Los años de la dictadura de Primo de Rivera fueron la época dorada de este último, y el advenimiento de la segunda república dio alas para que el primero intentara hacer lo que pensaba que tenía que hacer, organizar sobre bases rigurosas y modernas la formación universitaria en cirugía maxilo-facial. La guerra

desbarató su proyecto, y tras ella Landete fue sometido a una estricta e injusta depuración que le apartó definitivamente de la docencia universitaria.

A simple vista, Landete fue un hombre zarandeado por las circunstancias, hasta el punto de que ellas le impidieron llevar a cabo su objetivo más ambicioso, la constitución de una escuela de especialistas en cirugía maxilo-facial, que elevara el nivel y la calidad de un área quirúrgica que hasta entonces había estado en manos de cirujanos generales. Como otro de los miembros del tribunal se encargó de resaltar, Landete parece ser la prueba del nueve de que no hay nada parecido al destino a la vocación. Esas fueron ilusiones propias de poetas románticos y filósofos idealistas. A los seres humanos los hacen y los deshacen las coyunturas.

Y sin embargo..., no hay más que seguir la vida de Landete en su letra pequeña para caer en la cuenta de que toda su vida gozó de envidiable coherencia, gobernada por una especie de hilo rojo que trenzó todos los avatares de su accidentada existencia. Hay algo a lo que nunca renunció y a lo que supo permanecer fiel, a pesar de los avatares. No consiguió hacer realidad su sueño universitario, se le privó de fundar una escuela que hubiera sido de enorme utilidad para este país, pero él siempre persistió en su objetivo: elevar el nivel de la cirugía maxilo-facial, ser fiel a lo que se le imponía de modo imperativo, hacer, volvamos de nuevo a Ortega, "lo que tenía que hacer". En eso consiste la vocación, ése es el destino que nos hace estar por encima de la circunstancias. La frase de Ortega no dice "yo soy mi circunstancia" sino "yo soy yo y mi circunstancia".

A pesar de las circunstancias, por encima de las coyunturas, uno tiene que ser fiel a sí mismo. La ética, quizá también la vida, consisten en eso, en ser lo que cada uno "tiene que ser". Que no es poco.

Diego Gracia

Catedrático de Historia de la Medicina
Universidad Complutense de Madrid



José Ortega y Gasset

Candidatura de Diego Gracia para el Premio Príncipe de Asturias en Comunicación y Humanidades 2011

El año pasado, un grupo de alumnos, colaboradores y amigos de Diego Gracia promovieron su candidatura al Premio Príncipe de Asturias de Comunicación y Humanidades, convencidos de que merece este reconocimiento su excelente aportación a la Bioética y, en general, al conocimiento y al cultivo de actitudes de honestidad intelectual, sabiduría, deliberación, pluralismo y búsqueda de la verdad y el bien.



En este año 2011 la Fundación del Instituto Mediterráneo para el Avance de la Biomedicina y la Investigación Biosanitaria, y la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica han presentado la candidatura del Profesor Diego Gracia Guillén para el Premio Príncipe de Asturias de Comunicación y Humanidades. Las candidaturas propuestas, de acuerdo con el texto de la convocatoria de los galardones, han de acreditar la máxima ejemplaridad y demostrar de modo fehaciente la trascendencia internacional de la obra del candidato.

Las personas e instituciones que quieran apoyar esta propuesta pueden hacerlo dirigiendo una carta de adhesión a la Fundación que otorga los galardones, ya sea por correo postal o por mail, mediante documento adjunto. Las direcciones correspondientes son:

Correo postal:

Fundación Príncipe de Asturias
General Yagüe, 2
33004 Oviedo
Principado de Asturias
España

Mail:

info@fpa.es
Asunto / Subject: Apoyo a Diego Gracia

Para más información, existe una página web en donde se puede encontrar un curriculum vitae abreviado, algunos ejemplos de cartas de adhesión, así como links a conferencias, entrevistas e incluso a una página de Facebook:

<http://sites.google.com/site/graciacomunicacionyhumanidades/home>

Esta página ha sido creada por una *Plataforma virtual* en la que actualmente está colaborando un amplísimo grupo de personas cuyo nexo de unión, lo realmente común, es la admiración, respeto, cariño y agradecimiento hacia Diego Gracia por su brillante y esforzado trabajo a lo largo de toda una vida.

El nombre de Plataforma surgió espontáneamente y en cierto sentido metafórico procedente de uno de sus significados originales: "Vagón descubierto (...) de los que se emplean para transportar", según reza el Diccionario de Uso del Español de María Moliner. Se trata, pues, un grupo plural y abierto cuyo objetivo es transportar, esto es, hacer llegar a la Fundación que concede los premios, nuestra convicción de que el Profesor Gracia es el candidato ideal para un premio que hace referencia a la comunicación y las humanidades.

Para cualquier duda o sugerencia, pueden dirigirse a la dirección de mail de la Plataforma: diego-graciaprincipedeasturias@gmail.com

LOS MÚLTIPLES MÉTODOS DE LA ÉTICA MÉDICA, O 13 MANERAS DE MIRAR UN MIRLO*Daniel P. Sulmasy y Jeremy Sugarman*

Fragmento traducido

El texto que sigue a continuación es la traducción de un fragmento de una obra de Sulmasy y Sugarman que se ha reeditado recientemente, y que constituye una interesante y completa aportación en relación a los métodos de investigación en bioética. Consideramos que puede ser de una inestimable ayuda para incentivar el debate sobre esta cuestión. Es, por ello, un material que hemos trabajado en el Seminario de Investigación en Bioética, y que ahora queremos ofrecer aquí.

La distinción entre hecho y valor

Respecto a la relación entre ética normativa y descriptiva, probablemente no haya ningún tema cuyo debate resulte más importante que la llamada distinción hecho/valor. La mayoría de los eticistas (aunque no todos) están de acuerdo en hacer esa diferencia, cuyo origen se encuentra en la distinción ser/deber propuesta por David Hume en el *Tratado de la Naturaleza Humana*. Hume hizo notar que muchos de los argumentos éticos, y especialmente los de la filosofía escolástica, consistían en una serie de declaraciones fácticas que usaban el verbo "ser" para llegar a una conclusión en la que el verbo empleado era "deber". Extrañado, se preguntó hasta qué punto una serie de meros hechos podían, por sí mismos, implicar una conclusión normativa (falacia naturalista).

Mucho se ha debatido al respecto desde entonces. Algunos de los que han estado en contra de establecer una diferencia entre hechos y valores han señalado que al menos ciertos "hechos sociales" parecen implicar conclusiones normativas. Por ejemplo, John Searle apunta que el *hecho* de que yo prometa hacer algo parece implicar una conclusión normativa, esto es, que *debo* hacer lo prometido. También se ha argumentado que algunos hechos relativos al papel y la finalidad de algo o de alguien parecen implicar conclusiones normativas. Tal es el caso de Alasdair MacIntyre, quien señala que el hecho de que algo *sea* un cuchillo permite sacar algunas conclusiones acerca de lo que un objeto llamado cuchillo *debe* ser. Lo que hace "bueno" a un cuchillo son características concretas, como el estar bien afilado o la fortaleza de la hoja. De la misma manera, el hecho de que alguien desempeñe una función determinada en la sociedad permite sacar conclusiones acerca de aquello por lo que consideramos bueno a un individuo en el desempeño de esa actividad (v.gr., el hecho de que alguien sea soldado implica que, para ser considerado un "buen" soldado, tiene que ser valiente, leal, confiable, etc.). Por tanto, puede decirse que el hecho de alguien sea médico permite llegar a ciertas conclusiones acerca de por qué esa persona es un "buen" médico (v.gr., competencia, compasión, respeto, etc.)

Sin embargo, un argumento opuesto a los de Searle y MacIntyre podría decir que esas "finalidades humanas" y "hechos sociales" son ya de por sí implícitamente morales, y que por tanto estamos ante un tipo de hecho diferente de los hechos en bruto del mundo, que no parecen implicar ninguna conclusión normativa. Desde ese punto de vista, los hechos sociales y las finalidades humanas no se opondrían a la distinción entre hechos y valores, pues formarían parte de una categoría de hecho que contiene premisas morales en sí misma. A este argumento, sin embargo, se podría responder diciendo que hay un "propósito" real en el hecho de ser médico; si supiéramos mejor en qué consiste ser un médico excelente, avanzaríamos mucho en la tarea de hacer un sistema de ética médica (véase, por ejemplo, Pellegrino y Thomasma). En definitiva, aunque aquí no sea posible llegar a ninguna conclusión sobre el tema, es importante tomar nota de que las cuestiones en torno a los hechos y los valores son clave en cualquier debate sobre la relación entre el trabajo normativo y el descriptivo.

Inferencias ilícitas en la investigación en ética médica

A pesar de todo, incluso quienes defienden la posibilidad de derivar conclusiones normativas de ciertos hechos tienden a estar de acuerdo en que, a la hora de distinguir entre hechos y valores, hay que partir de que existe una gran variedad de conjuntos de hechos. Gracias a ese acuerdo se ha llegado a la conclusión de que algunos tipos de inferencia son ilícitos en la investigación en ética médica y que, por tanto, deben evitarse.

Los hechos históricos no implican conclusiones normativas

Lo contrario vendría a ser la versión historicista de la falacia naturalista. La falacia historicista en la argumentación ética, a su vez, se diferencia en algunos aspectos de los errores del "presentismo" y del "esencialismo" en la investigación histórica, apuntados por Darrel Amundsen en el capítulo 8. Por ejemplo, del mero hecho de que antiguamente se practicara el infanticidio en el mundo mediterráneo no se desprende que las sociedades deban ser libres para decidir si permiten o no

semejante práctica. De la misma forma, el hecho de que nunca antes se hayan dado incentivos económicos a los médicos para que reduzcan la prestación de servicios sanitarios no permite, por sí solo, llegar a la conclusión de que tales pagos sean inmorales. Así pues, que algo haya sido o no hecho en el pasado no significa que sea moral o inmoral.

Las opiniones y conductas mayoritarias no implican conclusiones normativas

Las encuestas de opinión, una herramienta empírica frecuentemente utilizada en ética médica, *nunca* deben hacerse con el propósito de dar “la” respuesta. Por ejemplo, es posible que el 75% de los médicos de una muestra apruebe las relaciones sexuales entre médicos y pacientes, siempre y cuando la relación médico-paciente como tal termine en ese momento. Pero ese dato no implica que tal cosa deba ser considerada éticamente permisible. Igualmente, el hecho de que muchos médicos afirmen estar dispuestos a falsificar formularios de seguro médico con el propósito de que sus pacientes obtengan el tratamiento indicado, no implica que hacerlo sea ético. El simple hecho de que casi todo el mundo opine que algo es correcto, o que actúe de una manera determinada, no convierte a esa acción en correcta. A veces, apelar a la opinión pública puede llegar a constituir un ejemplo de la falacia de lógica informal llamada del *argumentum ad populum*. (Véase también el capítulo 5)

Por tanto, como se verá en el capítulo 11, es preferible utilizar los estudios cuantitativos a modo de herramientas que sirven para descubrir factores clínicos o sociales asociados a opiniones concretas sobre asuntos éticos. Así pueden, por ejemplo, poner de manifiesto diferencias culturales significativas, como que los afroamericanos tienden a querer menos medidas extraordinarias de soporte vital que los norteamericanos de raza blanca. Pero es fundamental entender las limitaciones de este tipo de investigación en ética, porque los individuos no siempre comparten las creencias de los grupos a los que pertenecen, y culturas completas pueden equivocarse en sus creencias morales.

El mero hecho de que algo sea legal o ilegal no lo convierte en moral o inmoral

En general, puede decirse que la ética de una sociedad justa se refleja en sus leyes. Pero incluso Tomás de Aquino consideraba poco sabio que un gobierno pretendiera legislar sobre todos los aspectos de la vida moral, lo que además resultaría, probablemente, imposible. Así pues, todo lo referente a la relación adecuada entre ley y moralidad debe ser, en primer lugar, operativo, aún cuando se trate de sociedades moralmente homogéneas.

De todas maneras, en una república democrática cada vez más multicultural en donde las normas legales se promulgan por la ley de la mayoría, como Estados Unidos, es fácil olvidar que la ley no da respuestas normativas. Los procedimientos democráticos establecen los aspectos legales de las cuestiones éticas por referéndum, por el voto de una mayoría de representantes electos, o por decisión judicial, tal y como Hodge y Gostin apuntan en el capítulo 6. Pero no todo lo que es legal es ético, ni todo lo que es ético es legal. Las leyes pueden ser inmorales. Por ejemplo, en EEUU la segregación racial fue legal hasta no hace mucho tiempo, lo que no implica que fuera ética en aquel momento, ni que ahora sea inmoral sólo porque la prohíba la ley. Y la ley de la mayoría, incluso cuando se establece mediante elecciones libres, comete errores morales. Adolf Hitler, por ejemplo, se convirtió en presidente de Alemania gracias al voto de representantes libremente elegidos en el seno de una república democrática. En última instancia, la ética juzga a la ley y dice si es moralmente buena o mala.

Por otra parte, el hecho de que a alguien lo demanden tampoco constituye un argumento moral, ni la amenaza de un pleito convierte en moral o inmoral un curso de acción propuesto. En el momento de tomar decisiones éticas, las consecuencias de tipo legal deben tener el mismo peso que el resto de posibles consecuencias. Mientras que para un deontologista estricto, que toma decisiones exclusivamente en base a su deber, las consecuencias legales no afectan en modo alguno sus decisiones, para otros, en cambio, el umbral a la hora de adoptar una postura ética variará en dependencia de cuánto le preocupen las consecuencias legales. Ante una amenaza de pleito, por ejemplo, es posible que la negativa de un paciente a ser pesado diariamente no quiera convertirse en un problema ético, aún cuando se considere que, desde el punto de vista de la beneficencia, pesarlo cada día sería en el propio interés del paciente. Y para terminar, hay ocasiones en que la fidelidad a los pacientes y la integridad profesional pueden exigir que, incluso bajo la amenaza de una demanda legal, se haga lo que se considera éticamente correcto.

En última instancia la ley no ofrece respuestas. Al respecto son ilustrativos algunos ejemplos en los que cualquiera de los posibles cursos de acción conlleva la posibilidad de un litigio. Pongamos por caso que una paciente expresa su deseo de no ser ventilada, tras lo que cae en coma. Durante un episodio de distrés respiratorio aparece su marido, abogado de profesión, y exige que sea intubada: se haga lo que se haga, cabe la posibilidad de una demanda. Si se resucita con éxito a la paciente, ésta puede poner un pleito porque se ignoraron sus instrucciones, mientras que si no se intenta la resucitación, el marido podría demandar al médico por negligencia. La ley no resuelve el problema ético; por eso resulta necesario apoyarse en el análisis ético y hacer aquello que se determine que es lo moralmente correcto.

La opinión de los expertos no implica necesariamente conclusiones morales

Como explica Edmund Pellegrino en el capítulo 5, hay circunstancias en las que tanto la tradición como determinadas opiniones pueden tener un peso significativo en los argumentos morales. Apoyarse en los expertos y en la tradición tiene valor práctico, pero a veces hay que asegurarse de que esté justificado. Por ejemplo, que un consultor de ética clínica recomiende un curso de acción no significa que ése sea el curso moralmente correcto. El consejo de los especialistas puede y debe obtenerse en casos éticamente conflictivos, y su opinión debe ser tenida en cuenta. Pero los expertos disienten entre sí con frecuencia y, además, pueden equivocarse, porque la "experiencia" en ética tiene unos límites que vienen dados por la formación, el conocimiento, la prudencia y los posibles sesgos de cada uno. Apelar a su opinión puede suponer la falacia de lógica informal llamada de *argumentum ad verecundiam*. De vez en cuando la opinión de los expertos debe cuestionarse.

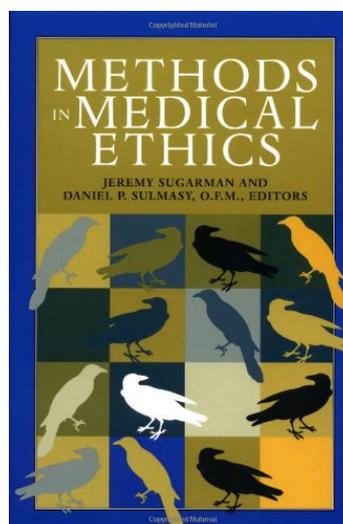
Del hecho de que algo sea biológicamente cierto no se desprenden automáticamente conclusiones morales

Por ejemplo, que los seres humanos no tengan alas no implica que volar sea un acto inmoral. De la misma forma, el hecho de que el feto humano empiece a tener actividad eléctrica cerebral en un momento determinado del desarrollo no implica nada, por sí mismo, respecto a la moralidad del aborto en una u otra etapa del desarrollo.

Una teoría ética habitualmente mal interpretada y que es importante en este capítulo es la llamada *ley natural*. Considerar que la ética naturalista establece que la moralidad debe leerse en la biología humana como quien lee un libro es un error de interpretación. La forma en la que opera la ética naturalista tiene que ver con una concepción más amplia acerca de lo que quiere decir ser buena persona y en qué consiste la excelencia del ser humano. Los meros hechos biológicos no implican directamente verdades morales.

(Traducido de J. Sugarman y D.P. Sulmasy, eds. *Methods in Medical Ethics*. Georgetown University Press, 2001)

Traducción: T. Parajón



Muchas vidas dentro de una vida

Mi historia es la historia de una mujer que tuvo cáncer de mama.

En un examen de rutina descubrieron el tumor.

No tomé conciencia del diagnóstico hasta el momento que me entregaron el informe en el alta quirúrgica. Recuerdo aquella tarde. En la habitación del instituto estábamos mi esposo, el médico, la instrumentista y yo. Ella me dio algunas explicaciones como "conservar este informe y saque copias, no entregue este original". Tomé la hoja de papel entre mis manos. Lo desplegué y, entre tantas palabras, había una destacada en negrita carcinoma. No escuché nada más. No leí nada más. En aquella habitación donde éramos cuatro personas, me sentí sola. Profundamente sola conmigo y mi dolor.

Mi mundo, en aquel momento, se derrumbó. Sentí que caía y caía en un pozo muy profundo, sin fondo.

Decidí hacer tratamiento con una psicooncóloga. Antes de comenzar las quimioterapias y la radioterapia, comencé sesiones que me ayudaron a aceptar esta enfermedad y los tratamientos.

Tomé conciencia de la vulnerabilidad, de la fragilidad de la vida, del valor de la misma. Por ello mi vida cambió desde aquella tarde. Vivo el instante y lo disfruto a pleno. No pienso en un futuro muy lejano; no sé dónde estaré. Prefiero el hoy, que es lo que puedo disfrutar y agradecer. Festejo la vida, la amo. Y sobre todo, pienso cada día y agradezco el nuevo día, el estar viva.

Me digo cada mañana varias frases: aquella de Nietzsche "lo que no me destruye, me hace más fuerte"; acepto esto para mí; lo agradezco. Soy una mujer afortunada.

El aprendizaje de mí misma que me dio esta experiencia no tiene comparación con ninguna situación que personalmente viví. El conocimiento de mí misma, de mi propio cuerpo, de mi historia y de mi biografía me dio la posibilidad de darle el valor a cada situación, a cada circunstancia, a cada acontecimiento, sin menoscabarlo pero sin exagerarlo.

Ahora, a cinco años de aquella tarde, puedo decir que tuve cáncer. Puedo decir que no me comparo con nadie. Cada uno hace su propia experiencia de la enfermedad y de los tratamientos. Porque hacemos la enfermedad que podemos y no la que

queremos, no me siento culpable de haberla tenido y pienso si hubiese aprendido tanto de mí si no la hubiese vivido.

Aprendí a conocerme más a mí misma, a conocer a los otros, a valorar el acompañamiento de la familia y del médico, que cuida permanentemente de mí. Somos un equipo con él: médico y paciente. Siento que está a mi lado, sosteniéndome, tal como sostiene, rodeándolo, en aquella famosa obra de arte, el médico Arrieta a Goya desfalleciente.

Aprendí a disfrutar intensamente del instante vivido, a elegir donde quiero estar, qué quiero hacer y con quien.

La felicidad la busco en las pequeñas cosas: el beso de mis hijos, el abrazo de mi esposo, la caricia de mis padres, la compañía de mis amigos.

El cáncer no es silencioso; envía señales de algún modo. De una manera o de otra se comunica con uno mismo. Este aprendizaje me llevó a saber escucharme, a tener una lectura más detenida de mi cuerpo. A leerme a mí misma, a cuidarme.

Millones de mujeres en el mundo son diagnosticadas anualmente de cáncer de mama. Muchas de ellas no sobreviven. Otras, como yo, pudimos lograrlo.

Por esta experiencia aprendí que cada día es un día único, como si todo estuviese por hacerse. Uno vive muchas vidas dentro de una vida y que siempre se puede comenzar de nuevo.

Maria de los Ángeles Giaquinta

Doctora en Odontología Universidad de Córdoba
Argentina
Becaria Postdoctoral Universidad Nacional de Cuyo
Argentina



De la relación paternalista a la relación de ayuda

Soy médico desde hace muchos años y mi primera impresión al acercarme al mundo del Counselling es que esta condición profesional es una desventaja por todo lo que tengo que desaprender.

Mi formación médica comenzó hace 3 décadas en la Facultad de Medicina de una Universidad “de prestigio”. La Universidad entonces (espero que haya evolucionado) era una Institución muy jerarquizada, como también lo era el Hospital Clínico en el que hice mi especialidad de Medicina de Familia. Y recibí una buena formación científico-técnica. Desde los primeros años **aprendí que el ejercicio de la medicina era el ejercicio del poder que te da saber lo que era más adecuado para los pacientes**; aprendí también que puesto que la salud era una obligación, el médico debía imponer el seguimiento de las indicaciones terapéuticas, es decir, mandar sobre el comportamiento de sus enfermos, que es en definitiva mandar sobre su vida. Por eso el lema que presidía la omnisapiencia y la omnipotencia del médico era “saber para curar”.

Y así, **he estado durante años indicando a los pacientes lo que debían hacer, cómo se debían comportar para mantener o recuperar su salud**. La mayoría de las veces aconsejando, pero otras... imponiendo (e incluso si soy sincera conmigo misma, a veces amenazando) escudada en el poder que me otorgaba crearme garante de la salud de los demás.

¡Y yo pensaba que los pacientes me obedecían! Cuántas veces he comprobado en la consulta que después de poner con un enfermo todo el interés en explicarle cómo debía cuidarse (y dejarle claro “que se atuviera a las consecuencias si no lo hacía”), mis esfuerzos por imponer conductas saludables han resultado bastante estériles. Es como si los pacientes estuvieran esperando oír lo que debían hacer, para no hacerlo o incluso hacer lo contrario. Y yo no encajaba muy bien el hecho de que los enfermos “desobedecieran mis consejos”.

Desde el respeto a la Autonomía del Paciente esta forma de comunicación no se sostenía; pero es que además, desde el punto de vista práctico, a juzgar por los resultados obtenidos, este estilo de relación médico-paciente no era efectivo. Y lentamente fui entrando en una nueva etapa profesional; **tocaba ir cambiando: aprender nuevos estilos de comunicación y desaprender conductas** que, aunque muy enraizadas entre la clase médica, no colocan al paciente y a su libertad de elección en el lugar que le corresponde, que es el centro de la relación clínica.

Pocas experiencias enseñan tanto a un médico sobre la relación médico-paciente como asumir él mismo, aunque sea sólo temporalmente, la condición de enfermo. Si reflexiono sobre cómo me gustaría ser tratada como paciente, no tengo muchas dudas: Me gustaría que el médico que me atendiera en ese encuentro me prestara toda su atención; que no esté pendiente de otros asuntos, que conozca el efecto terapéutico de la escucha real, de la mirada y, por qué no, de la sonrisa; me gustaría que me acogiera, sin juzgarme y que respetara mis valores. A la vez, que tuviera la capacidad de hacerme ver mis puntos débiles y mis fortalezas, sin reñirme ni humillarme, sin ser prepotente ni arrogante (¡cuánta arrogancia hay entre los médicos!).

Ponemos la disculpa de la premura del tiempo, pero todos tenemos experiencia en nuestra vida personal de encuentros cortos pero acogedores y muy valiosos y otros más largos e indiferentes, cuando no negativos.

Pasado ya el ecuador de mi ejercicio profesional **creo que este es un buen momento (de la mano primero de la Bioética y ahora del Counselling), para la reflexión sobre mi relación con los pacientes.** En la actualidad, además de ser médico de familia, parte de mi trabajo se desarrolla en el ámbito de los cuidados paliativos. Decir que hasta aquí podría haber desarrollado una mejor relación profesional con los pacientes resulta obvio; no me cabe ninguna duda. Cuando miro hacia atrás y me recuerdo en muchos encuentros con los pacientes, sobre todo de los primeros años, casi no me reconozco. Mi actitud profesional en algunos de esos “momentos estelares” ahora me avergonzaría (entonces no; incluso estaba orgullosa). Cuántas veces estaba y sólo oía pero no escuchaba o lo hacía superficialmente; cuántas he sido paternalista, cuando no autoritaria; cuántas me he centrado sólo en la enfermedad olvidándome del enfermo; cuántas he dado la respuesta de consuelo fácil, de huida, ante situaciones comprometidas que me generaban una ansiedad para mí intolerable; cuántas veces he hecho juicios de valor y he puesto etiquetas llevada por mis prejuicios, etc. **Afortunadamente, poco a poco, y sin saber qué fue primero, si la necesidad o el deseo de mejorar, he ido cambiando.**

Contaba para ello con algunos puntos a mi favor: me encanta mi trabajo y siento que me enriquece; tengo en general una visión positiva del ser humano y de sus capacidades y me precio de mantener una relación cordial con la mayoría de mis pacientes. He aprendido a ser más flexible y a entender que las cosas no son blancas o negras (y que la gama de los grises es amplia): que no hay verdades absolutas, que los cursos intermedios son preferibles a los cursos extremos; que en la relación médico-paciente no es suficiente que el médico tenga un buen currículum, una buena formación científico-técnica, ni siquiera lo es una sincera voluntad por parte del médico de ayudar a los pacientes en sus problemas de salud indicándoles una y otra vez lo que “tienen que hacer” (y que, por cierto, en bastantes ocasiones, no hacen). En definitiva, que **la salud es una opción, que no se debe imponer (porque además no se puede) y que cada ser humano tiene su propio concepto de salud, derivado directamente de lo que para él es importante y da sentido a su vida, es decir, sus valores.**

Pero cuando me encontraba satisfecha de mi evolución y aprendiendo como estoy técnicas de Counselling, creo que puedo y debo dar un nuevo giro profesional para mejorar la relación clínica con mis pacientes. Y en esto ando enredada últimamente, y nunca mejor dicho: en el arte de ayudar al otro a ayudarse a sí mismo en el máximo de sus posibilidades, en interiorizar que **el médico tiene una función facilitadora y no debe caer en la tentación de decidir por el paciente**, verdadero responsable del autocuidado, si no quiere atraerlo hacia el incumplimiento terapéutico (como ocurre tan frecuentemente en las enfermedades crónicas).

En las condiciones diarias de mi trabajo, con consultas masificadas, he adquirido (no me ha quedado otro remedio) capacidad para analizar, priorizar problemas y tomar decisiones en poco tiempo. Esto, que podría parecer una ventaja, hace que **me resulte difícil librarme de algunos automatismos como aconsejar y además con impaciencia. Es el momento de aplicarme yo los “debería”.**

Debería recordar que la enfermedad afecta a todas las dimensiones de la persona, no sólo la corporal o la intelectual, sino también la emotiva, la sociofamiliar y la espiritual. Que comunicarse bien o mal con el paciente implica una responsabilidad moral, porque tiene consecuencias terapéuticas positivas o iatrogénicas, algo demasiado importante como para dejarlo a la improvisación. Que dado que las habilidades y las actitudes para una buena comunicación con el paciente son una cuestión técnica que se puede entrenar, debería aprender a escuchar de forma más activa, a tener con el paciente una actitud más empática, reconociéndolo en su singularidad, sin juzgarlo; debería tener claro que disculparme cuando cometo errores no me desautoriza como médico, al contrario, aporta autenticidad a la relación; debería sugerir más y aconsejar menos; debería recordar que confrontar al paciente con sus contradicciones es un compromiso ético, pero que una confrontación sin acogida es una agresión; debería tener presente que **lo ineludible es explorar el mundo de valores del paciente** y esforzarme por proponer conductas saludables que tengan que ver con esos valores más que imponer mi criterio al margen de lo que el paciente desea. Seguro que los pacientes se sentirían mejor atendidos y más motivados para el cambio y yo más satisfecha con los resultados de mi trabajo.

Pero me quedan cuestiones por resolver. ¿Hasta dónde podemos o debemos influir los médicos con los pacientes? ¿dónde colocamos nuestros valores en esa relación de ayuda? ¿cuánto de objetiva es la información que damos? ¿qué podemos y qué no podemos proponer? ¿hasta dónde persuadir?. Si las habilidades emocionales, de comunicación y de motivación para el cambio (como las estrategias del Counselling) se sabe que tienen consecuencias terapéuticas, ¿no debieran ser exigibles de la misma forma que saber prescribir un fármaco o utilizar una determinada técnica exploratoria? Si estas últimas habilidades se incluyen en una Ética de mínimos, por qué las estrategias de relación de ayuda se incluyen en una Ética de máximos. ¿Acaso se reservan sólo para el nivel de la excelencia?.

El Counselling refuerza la idea de que **el trabajo de los médicos es más fácil y más efectivo si además de relacionarnos con nuestros pacientes desde el cerebro (la Medicina basada en la Evidencia), lo hacemos también desde el corazón**; desde el trato afectivo y sincero, despojándonos de la idea tan dañina de que el médico empático y cordial es poco profesional. Y esto es más importante cuanto más vulnerable es el paciente con el que nos estamos relacionando. Los sanitarios, y en especial los que trabajamos con personas que sufren, debemos ser conscientes de nuestra doble capacidad: podemos aliviar mucho (con una actitud de acogida del sufrimiento ajeno) pero podemos también herir mucho (si nuestro trato es impersonal o arrogante). Nuestros pacientes, con sus circunstancias, demostrando que el sufrimiento puede realzar muchos aspectos positivos de la vida, que en la vulnerabilidad se puede crecer, nos enseñan cada día, si nos comunicamos con el corazón además de con el cerebro, a ser buenos profesionales y mejores personas.

Ahora el lema sería: **“Saber para ayudar; a los demás y a uno mismo”**.

Esperanza Santos Maldonado
Médico de Familia
Máster de Bioética

Caso Clínico Comentado

Historia Clínica

Presentación del caso

Margarita es una mujer de 58 años, sin antecedentes clínicos de interés, que ha consultado previamente en urgencias por contusiones, sin repercusión clínica ni secuelas. En enero de 2008 acude a urgencias por incapacidad para la deambulacion, con importante inflamación en extremidad inferior derecha sin traumatismo previo. Ante la sospecha de celulitis y trombosis venosa profunda se decide ingreso para tratamiento, y se prescribe reposo con inmovilización de la extremidad. Sin embargo, dos días antes del alta, la paciente refiere que dormía sentada en una silla para estar alerta por miedo a su hermano, y que en esa situación tuvo una caída con contusión en la rodilla, tras lo que apareció la inflamación por la que había acudido a urgencias. Se realizó entonces Rx que mostró fractura de meseta tibial derecha con desplazamiento (postraumática) y, valorada por traumatología, se diagnosticó limitación importante de la movilidad de la rodilla secundaria a fractura e inmovilización. Otros diagnósticos durante su estancia en el hospital fueron desnutrición, anemia y osteoporosis.

La situación socio-familiar es conflictiva: Vive con su hermano, un probable enfermo mental no diagnosticado ni tratado, al que define como un hombre "raro y violento" que se dirige a ella siempre con amenazas, y que incluso la ha maltratado físicamente. Ella no quiere denunciar la situación ni que se intervenga sobre su hermano (hecho que confirman las trabajadoras sociales de la zona). Tiene otra hermana con la que no existe relación y carece de red social de apoyo. Su hermano, que es el titular de la renta de la vivienda desde el fallecimiento de sus padres, le permite dormir en una habitación, no así utilizar la electricidad, la calefacción, ni el agua. La paciente refiere que su hermano tiene muchos animales en el domicilio, llegando a mantener allí 100 gatos. El piso está en un entresuelo y para acceder al mismo hay 10 escalones. Durante el día, Margarita habitualmente vagabundea por la ciudad y se alimenta de fiambre y chocolatinas que compra en un supermercado. En 2001 fue valorada por el equipo del Centro Base, que le diagnosticó un deterioro cognitivo y un trastorno afectivo de etiología no filiada. El grado de minusvalía, una vez aplicados los baremos sociales, es del 67%, por lo que percibe una pensión de 300 euros.

Ante la situación de deterioro funcional que presenta, la paciente es derivada a la Unidad de Convalecencia de un centro de media estancia concertado con la sanidad pública, para rehabilitación y recuperación funcional y nutricional durante un periodo de 3 meses. Al cabo de 2 meses inicia la deambulacion con mucha dificultad. Se observa limitación de la movilidad de la rodilla, inestabilidad y riesgo importante de caída, por lo que se decide prolongar la estancia. Con la adecuada nutrición recupera los niveles de hierro, Vit B12 y ácido fólico.

Su actitud durante el ingreso es de suspicacia y obsesividad, muy escrupulosa (rechaza la compañía de otros pacientes porque "huelan mal" o "usan sonda urinaria"), y no se relaciona con nadie. La estancia en el centro se prolonga en varias ocasiones debido a diferentes problemas. La paciente no quiere ir a otro centro residencial, ya que exige condiciones que no podría pagar (médico 24h, peluquería, gimnasio y rehabilitación), e insiste en volver a su domicilio. Por otra parte, tampoco ha sido aceptada la solicitud de ingreso en residencias de beneficencia, ni cumple los requisitos de edad o diagnóstico para ocupar una plaza en centros geriátricos o psiquiátricos. Finalmente, las trabajadoras sociales de su Centro de Acción Social han abandonado el caso debido a la imposibilidad de trabajo con el núcleo familiar, que ha rechazado el catering del ayuntamiento y diferentes apoyos sociales, incluidas las ayudas de la parroquia.

Aunque el alta a domicilio supone la dificultad de acceso a la vivienda por los 10 escalones y conlleva los riesgos de la vida que hacía con anterioridad, el tiempo de estancia en un centro de este tipo (convalecencia) se ha excedido ampliamente y en la actualidad no existen criterios médicos para mantener el ingreso. La situación global previa al alta es:
Física: Limitación para la deambulacion, con moderado riesgo de caída. Desnutrición resuelta con alimentación adecuada.
Funcional: Barthel=85/100 (precisa ayuda para ducharse y supervisión para deambular en trayectos largos, así como gran dificultad para subir y bajar escaleras).
Cognitiva: sin trastorno cognitivo en los test realizados.
Psicoafectiva: no se objetiva trastorno afectivo. Aunque la evaluación psicológica completa no sugiere síndrome clínico psiquiátrico ni trastorno grave de la personalidad, sí son evidentes rasgos obsesivos y paranoides, y su actitud global hace pensar que existe un trastorno psiquiátrico.
Social: situación referida de maltrato psíquico y físico en el domicilio, que provoca vagabundeo y riesgos varios para la paciente. No quiere denunciar ni que se intervenga en la situación. Legalmente y de hecho, se trata de una paciente "capaz".

Deliberación sobre los hechos

Diagnósticos: Limitación articular por fractura de meseta tibial desplazada a pesar de rehabilitación, con inestabilidad de la marcha e importante riesgo de caída. Desnutrición resuelta con adecuada alimentación. Maltrato familiar. Sospecha de trastorno de la personalidad no filiado y sin conciencia de desadaptación. Negativa a ingresar en otras residencias

Pronóstico: Existe riesgo de caídas, de desnutrición y probablemente de maltrato doméstico, pese a todo lo cual la paciente quiere volver a su domicilio.

Deliberación sobre los valores

Lista de problemas éticos

¿Es pertinente el alta al domicilio respetando su autonomía, a pesar de que puede ser perjudicial para su salud por los riesgos que conlleva (maltrato, desnutrición, caídas...)?

¿Se puede vulnerar su autonomía para proteger su seguridad, teniendo en cuenta que se trata de una paciente capaz?

Ante la sospecha de un trastorno psiquiátrico no filiado, ¿podemos afirmar que la paciente no está capacitada para tomar esa decisión?

Ante la sospecha de maltrato por parte de su hermano, ¿debemos denunciar la situación, cuando la paciente se niega a hacerlo ella?

¿Deberíamos actuar sobre un paciente probablemente psiquiátrico (su hermano), que no acude a los servicios de salud, en contra de su voluntad?

¿Somos injustos en la distribución de recursos al prolongar su estancia en nuestro centro, cuyas plazas son escasas respecto a la demanda que hay de las mismas?

Elección del problema a analizar

¿Debemos respetar su autonomía y darle el alta al domicilio a pesar de que ello pueda perjudicar su salud por los riesgos que implica? (Maltrato, desnutrición, caídas)

¿Se puede vulnerar su autonomía para proteger su seguridad, teniendo en cuenta que se trata de una paciente capaz?

Identificación de los valores en conflicto

Autonomía de la paciente ----- Beneficencia/No maleficencia

Deliberación sobre los deberes

Identificación de los cursos extremos

Alta al domicilio sin ningún apoyo, respetando su decisión y autonomía.
Intentar el internamiento involuntario en otro centro a pesar de su negativa, para proteger su salud.

Identificación de los cursos intermedios

Explicar a la paciente los riesgos que implica volver a su domicilio.
Ayudar a la paciente a elegir una situación que no ponga en peligro su salud. Promover que gestione sus recursos económicos para optimizar los cuidados.
Filiar el tipo de alteración mental para reevaluar el grado de minusvalía y la pensión.
Valorar su competencia en la toma de decisiones sobre la gestión de sus bienes y para la protección de su salud.
Reevaluar si es factible una actuación sobre el hermano.
Buscar y proponer recursos intermedios adaptados a una correcta valoración de su situación, dada la dependencia actual.

Identificación del (los) curso(s) óptimo(s)

Explicar a la paciente toda la situación y los riesgos que implica volver al domicilio.
Ayudarla a valorar otras opciones posibles para tomar una decisión prudente, que no ponga en riesgo su salud.
Reevaluar la pensión y valorar todas las opciones sociales disponibles.

Pruebas de consistencia

Los cursos óptimos escogidos son legales, el CEA estaría dispuesto a defenderlos públicamente y los volvería a recomendar en otro momento, si las circunstancias fueran las mismas.

Resolución del caso

La paciente, después de varias conversaciones, consideró que en esa época del año (invierno) y ante la restricción de electricidad-calefacción por parte de su hermano, estaría mejor en otro lugar de forma temporal. Por otra parte, se reevaluó la pensión y se solicitaron nuevas ayudas a través de la ley de dependencia. Ella valoró su situación económica (la pensión de los meses que permaneció ingresada estaba íntegra), lo que permitió que accediera a una pequeña residencia en un núcleo rural, de trato muy cercano y con buenos cuidados. Se facilitó una reunión previa con el dueño de la residencia para evitar suspicacias o rechazos por parte de Margarita antes de su ingreso en dicho centro, de forma que después no le costó mucho adaptarse. Se solicitó rehabilitación de forma ambulatoria para intentar mejorar la funcionalidad de la rodilla, mejorar la marcha y minimizar el riesgo de caídas. También se habló con las trabajadoras sociales de su zona, pero no fue posible intervenir en la situación del domicilio.
Tras unos meses de ingreso en la residencia, la paciente decidió regresar a su casa. El equipo de la Unidad de Convalecencia tiene noticias de que volvió a la situación anterior.

Teresa Parajón. Médico

Imaginación y Deliberación

Podemos decir que el método de la bioética es la deliberación. En esta línea se mueve la propuesta metodológica de Diego Gracia, y de buena parte de la tradición hermenéutica (por ejemplo H. –G. Gadamer y P. Ricoeur). Esta tradición de pensamiento, además, ha subrayado el importante papel que juega la imaginación tanto en el nivel cognoscitivo, el nivel emotivo (actitudes) como en nivel de la acción y de la decisión.

El recurso de la imaginación, y de sus productos, es habitual en el mundo de la bioética. El uso de la literatura, el cine o los relatos espontáneos es un buen ejemplo de ello. Así se ha hablado de una “bioética narrativa”. Mi propuesta es hacer confluír la deliberación y la imaginación en bioética (en ética en general).¹

Me atrevería a hablar de “deliberación narrativa” o “deliberación imaginante”. No quiero decir que la deliberación se convierta en narración, o que la narración delibere; no hay que olvidar que la deliberación es un proceso argumentativo. Y no es lo mismo narrar que interpretar, e interpretar no es lo mismo que argumentar. La argumentación es la forma de discurso de la ética, y no la narración o la interpretación. Éste es un error que se comete muchas veces cuando se habla de bioética (ética) narrativa. La ética narrativa no es leer, escuchar o ver un relato (cine), ni la interpretación que hacemos de él. Que la narración (o la imaginación en general) dé que pensar, no significa que la narración, por sí misma, piense (a la manera de la filosofía o de la ética). Da que pensar, y ese dar que pensar debe ser asumido por un discurso que se mueve en otro nivel.

El método —argumentativo— de la bioética es la deliberación. Se trata de un método aplicable en bioética clínica pero extrapolable a la bioética en general, e incluso a la ética. Es un método de ayuda en la toma de decisiones que busca que éstas se tomen con prudencia y responsabilidad. Deliberamos para así poder formar, construir, un juicio moral. La bioética no da juicios, sino que enseña a juzgar.

Siguiendo la propuesta de Diego Gracia, en contexto hermenéutico tal y como yo la interpreto, el método deliberativo es un procedimiento de resolución de problemas en bioética médica. El objetivo de la deliberación es conseguir un conocimiento más rico y más complejo a la hora de tomar una decisión. No es un procedimiento mecánico. La deliberación requiere determinadas actitudes o capacidades como: a) la capacidad de escucha de otros planteamientos, de otras interpretaciones; b) la capacidad para reconocer que podemos no tener razón y que los otros pueden enriquecerme y c) la capacidad de asunción de ciertos niveles de incertidumbre. Estas actitudes no se tienen de una forma natural, sino que se adquieren con la práctica de la propia deliberación.

La imaginación, la narración, está presente en el desarrollo del propio método deliberativo. Como decía al principio deliberación e imaginación confluyen. A modo de ejemplo, y teniendo presente el modelo mismo de Diego Gracia, se pueden señalar una serie de encuentros:

1. La deliberación es un proceso el cual, si está bien hecho, nos transforma, es decir, que acabamos pensando de otra forma a como empezamos. O pensamos lo mismo, pero enriquecido. La deliberación nos educa... ¡igual que la narración! Deliberación y narración son procedimientos catárticos. Son procesos refigurativos. Si la imaginación es refigurativa (catártica, educativa), ¿no es un buen recurso para la misma deliberación y así acrecentar su PODER REFIGURATIVO (EDUCATIVO)?

2. La ganancia fundamental de la deliberación para aquellos que la practican, más allá de la ayuda en la toma de decisiones, es la FORMACIÓN DE CIERTOS HÁBITOS MENTALES como la capacidad de escucha del otro, capacidad para ponerme en su lugar, asumir el conflicto de interpretaciones y también la incertidumbre. ¿No son estos también hábitos mentales cultivados por la narración? ¿No es la narración (el cine, la novela) un “saber de lo incierto” (Milan Kundera)? Si narración y deliberación fomentan determinados hábitos mentales, ¿no es lógico pensar que tengan, de alguna manera que confluír —sin confundirse—?

3. El primer paso del método deliberativo es la “presentación de un problema”, ¿no es acaso esto traer una “historia” clínica, relatarla, narrarla? La narración, el cine, puede ser un vehículo magnífico para presentar casos, para presentar historias. Se podría pensar que al utilizar la narración estamos introduciendo elementos subjetivos de selección. Quizás sí; lo que hay que hacer es conocer cómo se construyen esos elementos subjetivos. Por eso también hay que someter a la historia narrada a un proceso de análisis y crítica, a un proceso de deliberación. Pero, por otra parte, y más importante: ¿no es la misma presentación de casos en comités de bioética también un asunto subjetivo? ¿no se presenta la historia clínica “de una cierta manera”, con determinados recursos narrativos? Un desarrollo muy importante de la bioética narrativa sigue estas implicaciones que aquí sólo apunto. Así T. Chambers aplica los recursos de la crítica literaria a los casos clínicos para mostrar no sólo que están contruidos narrativamente sino que también, y en función de esta construcción misma, están ya orientados moralmente.²

Por tanto, la discusión y análisis de los hechos, ¿no es también una discusión de cómo se presentan los hechos, que es narrativa, y cómo se han construido esos hechos, construcción que tiene mucho de narración?

4. Identificar los problemas morales implicados, determinar cuál es el fundamental, así como sumergirnos en el mundo de los valores, significa comprender de qué manera los problemas humanos están entrelazados unos con otros, imbricados unos con otros. Identificar correctamente problemas y valores no es señalar uno entre muchos, no es optar por uno. Supone cierta habilidad para discernir en la complejidad, sin sacrificarla o disminuirla. ¿No es la narración una práctica que ayuda y enseña a “seguir historias”? ¿No pone la narración en ejercicio un cierto tipo de inteligencia (inteligencia narrativa) que desarrollada críticamente nos ayuda a percibir relaciones sin simplificarlas? Frecuentar la narración, ¿no nos hace más perspicaces a la hora de DETECTAR PROBLEMAS, jerarquizarlos, así como movernos en el mundo de los valores, y entender sus posibles perversiones?

5. Por otra parte, y en relación con el mundo de los valores, ¿no han sido los relatos el vehículo de propuesta de grandes valores, de grandes utopías, de ese mundo que “debería” ser y no es, ámbito realmente de la ética? Los relatos han presentado este mundo deseable, y también los conflictos de valores, y también lo difícil que es la realización de los valores. La narración no deja de mostrarse como un gran LABORATORIO DE LA EXPERIENCIA MORAL.

6. La identificación de cursos de acción (extremos, intermedios, óptimo) no deja de ser un trabajo narrativo, un trabajo de la imaginación. Se trata de imaginar, de proyectar posibilidades de acción dentro del campo que circunscribe lo verosímil. ¿No es, quizás, la simplicidad mental que convierte los problemas en dilemas falta de sensibilidad narrativa? Frecuentando el relato NOS ABRIMOS A LO POSIBLE, es decir, a la consideración de otros puntos de vista, otras formas de actuar.

7. La toma de decisiones ha de ser prudente y responsable. La prudencia y la responsabilidad se logran al tener en cuenta los efectos y las consecuencias de nuestras decisiones y acciones. No nos preocupa sólo seguir unos principios (que también) sino lo que acontezca en el mundo. Y, ¿no nos ayuda la narración en este cálculo complejo de consecuencias al mostrarnos experiencias posibles, resultados probables? ¿No es una proyección que puede servirnos para la previsión? ¿No nos ayuda la narración a EJERCITARNOS EN LA RESPONSABILIDAD al presentarnos vivamente (sobre todo el cine) las consecuencias posibles de determinadas acciones? La narración nos echa una mano cuando pensamos bajo la estructura del “qué pasaría si...”. Quizás aquellos anclados férreamente en sus convicciones y valores, se cuestionarían su “fiat iustitia pereat mundus” ante algunas imágenes cinematográficas que nos muestran cómo ha quedado el mundo cuando no hemos considerado las consecuencias de nuestros actos.

Deliberación e imaginación son cosas distintas, pero las dos están condenadas a encontrarse cuando lo que buscamos es la acción responsable, la acción prudente. La deliberación sin imaginación sería reducir el método a un algoritmo, que traicionaría la complejidad de los problemas morales. La responsabilidad aquí y ahora, en estas circunstancias y teniendo en cuenta las consecuencias, requiere paradójicamente la capacidad de imaginar.

T. Domingo Moratalla

Prof. Filosofía Moral (Universidad Complutense de Madrid)

tomasdomingo@filos.ucm.es

1. Es lo que he intentado hacer en mi trabajo *Bioética y cine. De la narración a la deliberación*, UPCo-San Pablo, Madrid, 2011. Lo que aquí presento es una reescritura de alguna de sus ideas fundamentales. Se trata, por tanto, de una invitación a su lectura y discusión.

2. *The Fiction of Bioethics. Cases as Literary Texts*, New York-London, Routledge, 1999

Una reflexión sobre el acto sexual

Recientemente se ha presentado en unas Jornadas sobre Salud Sexual y Reproductiva en el Hospital Gregorio Marañón un libro con el mismo nombre coordinado por Javier Sánchez Caro y Fernando Abellán. Es un libro que merece ser leído y conservado como de "consulta" por la profusión de datos que contiene y las ideas que sugiere.

Ya su mismo título sugiere la idea de separación de la sexualidad y la reproducción dentro del acto sexual. No hay duda de la actualidad de este planteamiento. La manera de entender el acto sexual ha cambiado en los últimos 50 años pasando de considerarlo unido a la procreación, a entenderse como algo separado e independiente. Las razones de este cambio son muchas pero hay una fundamental y es la aparición de fármacos anticonceptivos que, al eludir la consecuencia del embarazo secundario al coito, permite su independencia y separación. Fue un importante cambio tanto desde el punto de vista de la libertad personal de las mujeres como desde los puntos de vista, sociológico y económico.

La amplitud y posibilidades de estudio de la sexualidad superan con mucho el ámbito de mis pretensiones y posibilidades. Por esto en estas líneas pretendemos reflexionar exclusivamente sobre si el cambio sufrido en la manera de ver el acto sexual, supone un avance desde el punto de vista de la realización de los valores inherentes al propio acto. Es decir si de alguna manera se ha producido un aumento de valores positivos o si los valores positivos se realizan de una forma mejor. Ver si en la nueva concepción del acto sexual se consiguen más bienes que en la antigua, si existe progreso.

Para este intento se puede comenzar por analizar las condiciones que ha de tener un cambio para poder ser considerado un progreso sobre la situación anterior. Siguiendo a García Morente (1) no todo cambio supone un progreso: "El hoy por ser posterior al ayer no es mejor que el ayer [] Hace falta, además, someter dicho [nuevo] estado de cosas a un juicio estimativo" De la misma forma considera que la idea expresada en el dicho vulgar de "cualquier tiempo pasado fue mejor" es equivocada.

El juicio estimativo a llevar a cabo en nuestro caso es un juicio sobre los valores (2) implicados en el acto sexual, valores que éste adquiere al no ser un simple acto sino una acción humana. Toda acción del hombre conlleva, mejor soporta, un valor positivo o negativo, inseparable de ella como las caras de una misma moneda. Hemos, también, de dejar a un lado la discusión sobre la existencia de valores intrínsecos - primarios, en sí, que no buscan la realización de otros valores - e instrumentales -que precisamente son pasos para conseguir otros valores - y aceptar la tesis de Diego Gracia (3) de que en la realización de todos los valores se mezclan en mayor o menor medida ambos aspectos, el de valor en sí y el de valor útil.

Queda por analizar la cuestión de la jerarquía de los valores, es decir, si todos los valores tienen la misma importancia o hay algunos con mayor importancia que otros, que son más estimados o preferidos o elegibles antes que otros. Desde el punto de vista de su soporte, los valores soportados por las personas son superiores a los soportados por las cosas. Esto no quiere decir que enfrentados dos valores deba prevalecer el de mayor rango, como en una primera intención parecería, sino que como puntualiza D. Gracia "Utilizar en exclusiva el principio de jerarquía lleva a optar por el valor jerárquicamente superior sin tener en cuenta que nuestra primera obligación moral es realizar todos los valores en conflicto no elegir el de rango superior e ignorar los demás".

En esta reflexión no nos proponemos considerar enfrentados los valores que soporta el acto sexual sino analizar si en el cambio de paradigma experimentado por éste en los últimos años, se realizan más y mejor sus valores, los valores que le son propios. Los valores, a considerar restringiendo nuestro análisis, insistimos, al acto sexual en sí mismo, serían de tres tipos: vitales (placer) espirituales (unión) y materiales (procreación).

El placer, la fruición, del acto sexual, considerado en sí mismo, es puramente biológico y se obtiene igual junto que separado de las demás condiciones o valores presentes. En principio no aumenta su intensidad ni se menoscaba dentro de un acto que persiga la procreación o no, ni que se realice con intención de unirse a la pareja o se trate de un encuentro circunstancial.

Las técnicas de reproducción asistida y las posibilidades de usar gametos donados permiten la procreación sin que medie cópula entre los progenitores. Por esto parece que este aspecto que soporta un valor de gran importancia personal y social, tampoco se modifica ni para bien ni para mal por llevarse a cabo dentro o fuera de un acto sexual. El producto, el nuevo ser, tiene los mismos derechos y posibilidades en uno y otro caso.

El tercer valor que hemos llamado unión afectiva sí que desaparece en los actos sexuales circunstanciales, esporádicos, ligados al mero atractivo físico, a la búsqueda de placer y sin intención de donación sino solo de percepción.

¿Podría ser una conclusión de esta reflexión que lo que conserva o potencia los valores del acto sexual es su condición de expresión de unión, donación de sí, de muestra de amor?

Dr. Luís Sanjuanbenito
Neurocirujano

Bibliografía

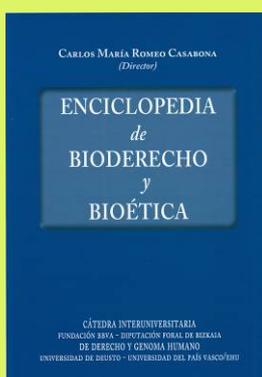
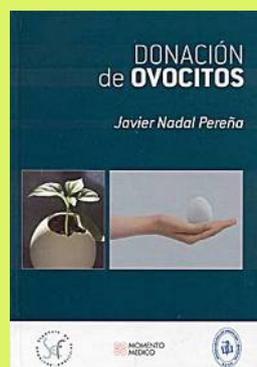
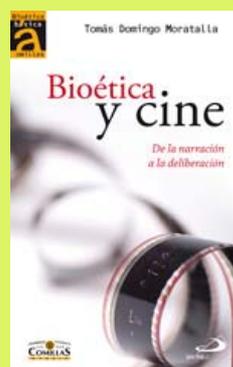
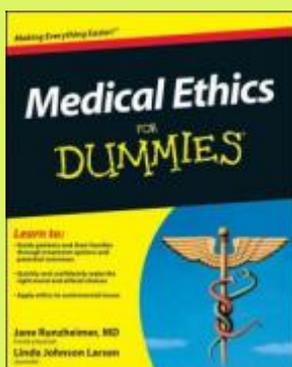
- García Morente, M. Ensayos sobre el progreso Obras Completas I vol. I, II, p.334
Ortega y Gasset, J. Introducción a una estimativa Obras completas VI
Gracia Guillén, D. La cuestión del valor. Discurso de recepción como académico de número de la Academia de Ciencias Morales y políticas. Ed. Real Academia 2011 p.139



Acontecimientos, Noticias, Novedades

- *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/>
- 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)
- [XIV Jornadas de Alzheimer](#). Centro de Humanización de la Salud. Madrid, 13-14 Abril 2011
- [II Jornadas Andaluzas de Bioética](#): "Fines y Límites en la medicina del Siglo XXI". Granada, 1 y 2 de abril de 2011.
- [XVIII Jornadas sobre Derecho y Genoma Humano](#). Cátedra de Derecho y Genoma Humano. Universidad del País Vasco. Bilbao, 4-5 Abril 2011.
- [I Jornada de la Sociedad Andaluza de Bioética](#). "Ética cotidiana en los centros sanitarios". Málaga, 13 Mayo 2011.
- [X Congreso Nacional de Bioética. Asociación de Bioética Fundamental y Clínica](#). Pamplona 6-8 Octubre 2011. "Construyendo valores en la diversidad"

Bibliografía y fuentes de Bioética



- *Medical Ethics for Dummies*. Runzheimer, J., Larsen, L. John Wiley & Sons Inc - Estados Unidos, 2010.
- *Bioética y cine. De la narración a la deliberación*. T. Domingo Moratalla. San Pablo. Madrid, 2011.
- *Donación de ovocitos*. J. Nadal (ed.) Momento Médico Iberoamericana. Madrid, 2010.
- *Salud sexual y reproductiva. Aspectos científicos, éticos y jurídicos*. J. Sánchez-Caro y F. Abellán (coords.) Comares. Madrid-Granada, 2010.
- *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética*. C. Romeo Casabona (dir.) Ed. Comares. Granada, 2011

Cajón de bioética y más

El buitre no veía

El buitre miraba y no veía,
volaba en las alturas oteando el horizonte y no veía.
La sensación de vacío que experimentaba en su estómago,
le impulsaba a mirar más allá para encontrar su alimento
y no veía la belleza del paisaje
y se elevaba a una considerable altura,
pero no veía el esplendor de los colores
y la frondosidad marchita de los árboles.
Se perdía el corretear de las cabras por las peñas,
porque se movían e indicaban que estaban vivas.
No apreciaba la luminosidad de la mañana
y el contraste de los colores en otoño,
porque eran vegetales y no servían para la finalidad de su vuelo.
El buitre planeaba con una ascendencia helicoidal
armónica, parsimoniosa y eficaz, poseía un vuelo elegante,

envidiable para muchos,
imposible para más,
pero era incapaz de reconocer su propia belleza y elegancia.
Volaba para comer.
Viajaba por necesidad.
Su intención era ver la muerte,
para poder alimentarse de sus despojos.
Volaba,
viajaba,
tenía la posibilidad de contemplar escenas únicas,
de desplazarse eficaz y rápidamente a paisajes magníficos y bellos,
pero estaba ciego a ellos,
pues a esto,
solamente le impulsaba la muerte, los cadáveres y la carroña.

Juan Carlos Delgado

Madrid 24 de noviembre de 2007

Lágrimas de arcoíris

Un nuevo día está a punto de comenzar, los rayos de sol se dejan entrever por el hueco de la cortina de la habitación de Ángela.

Son las siete de la mañana y estoy esperando a que vengan a vestirme como todos los días. Hoy es un día especial, lleno de ilusión y esperanza, pero también siento miedo y angustia. Desde hace algún tiempo, quizás años, he ido perdiendo la vista poco a poco, hasta dejar de ver. Confieso que me siento perdida en la oscuridad, asustada, triste, deprimida y lloro en soledad. La vida ya no tiene el mismo sentido para mí, ni el mismo color, ni la misma ilusión. He dejado de comer porque no veo los cubiertos ni el plato y la comida termina cayéndose sobre mí, ahora me toca esperar que alguna de mis chicas maravillosas, que me miman y me cuidan tanto, me den de comer. Pero esto no es lo único que he dejado de hacer, sin darme cuenta tropiezo con los pies de mis compañeras, con las sillas, con las mesas, hasta con una simple escoba bien colocada en la pared. Ya me he caído varias veces y por suerte no me ha pasado nada. No me atrevo a andar sola, así que lo he dejado de hacer, me llevan en una silla de ruedas y ya no soy libre para ir al baño cuando siento la necesidad, dependo de un pañal, de un horario y de mis chicas. Cada día que pasa es un día más oscuro, gris y triste, estoy atrapada en mi propio cuerpo.

Ángela tiene 72 años, pero su cerebro no se desarrolló bien y por eso su comportamiento es tan infantil, como el de una niña de 5 años. Tengo retraso mental y gran dificultad para expresarme, pues no sé hablar. Sólo sé pronunciar algunas palabras como por ejemplo "opita", así es como le llamo a mi hermana, "abo" a mi hermano y a los perritos de las fotos de mi habitación que tanto me gustan, les llamo "opopitis". Cuando quiero que me presten atención grito fuerte "elle" y con sólo estas palabras me comunico con mi alrededor y con el mundo. No me gustan los hospitales, me asustan, algunos médicos quieren ayudarme pero otros piensan que "no merece la pena", que "es hacerme sufrir". La razón por la que no veo son las cataratas y mi sobrina dice que hay que intentarlo porque lo tenemos todo perdido y lo último que se pierde es la esperanza con forma de luz.

Estoy preparada, llorando y no puedo controlar el miedo, grito fuerte, me han dado una pastilla para tranquilizarme pero no me hace efecto y ya ha pasado una hora. El tiempo corre, ya son las ocho y espero sentada a mi sobrina en recepción. Las enfermeras, preocupadas, han venido corriendo a calmarme y me han dado otra pastilla. Después de un rato, ya más tranquila, lentamente me levanto del sillón con los ojos llenos de lágrimas y me dirijo a la ambulancia, con la esperanza de volver a ver el arcoíris. Todo ha salido bien, aunque, por un instante, he pensado que iban a suspender la intervención, el anestesista ha tenido muchas dudas y con razón, pues me ha visto muy nerviosa, angustiada, llorando, es normal, no me gustan los hospitales.

Son las seis de la tarde, estoy muy contenta en casa, en la residencia claro, me han dado muchos besos y abrazos, recibéndome con alegría y cariño, son mis amigas las cuidadoras. Creo que ya veo algo y distingo las formas, he podido coger el pan de la mesa sin que me lo hayan tenido que poner en la mano, estoy contenta y quiero irme a la cama. Son las ocho de la mañana y grito sin parar "elle", "elle", "elle" y muevo las barras de la cama con mucha fuerza, quiero mirar a mis "opopitis" y verlos, estoy nerviosa. De repente se ha llenado mi habitación, han subido todas las enfermeras y cuidadoras a ver lo contenta que estoy andando por mi habitación, observando a todos mis queridos "opopitis". Miro mis manos, las tuyas, sus caras, les veo reír y llorar, llenas de felicidad. Están tan contentas como yo y el arcoíris se asoma por mi ventana.

Leire González