

## DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA Y ENVEJECIMIENTO SATISFACTORIO

Mila Razmilic<sup>1</sup>, Alberto Lecaros<sup>2</sup>, Juan Pablo Beca<sup>3</sup>

*Temas que plantea el caso: envejecimiento, decisiones al final de la vida, capacidad del adulto mayor, autonomía, voluntad anticipada, limitación de tratamiento, calidad de vida, muerte digna*

*Los autores sugieren leer la narración del caso, hacer una reflexión personal o mejor aún grupal, y después consultar el análisis bioético presentado*

**Narración**

Estoy próximo a vivir un centenario, aunque debo confesar que alcanzar los tres dígitos no me parece atractivo en lo absoluto, no veo la necesidad de prolongar más mi estadía en este mundo. No es que odie la vida, han sido 99 años excelentes, y es justamente por amor a la vida que prefiero que termine cuando es debido y no cuando una maquina lo dictamine. De esos años, 66 los compartí con mi mujer, quien hoy cuando me ve lo hace como mirando un muro blanco: vagamente tratando de cubrir todos los espacios, sin realmente enfocarse en ningún punto. Fue diagnosticada de Alzheimer hace un par de años y desde entonces he visto como se apaga de a poco, como se destiñen sus recuerdos como en una foto dejada al sol. No me quejo, de cierta forma siento que estafé a la vida. La conocí a mis 24 y tuve la suerte de que se enamorará de mi: en esa época ser músico no era lo que se consideraba un trabajo bien remunerado. Cuidarla ahora es sólo una manera más de demostrar lo afortunado que fui de conocerla...

Allá por el año 36 tocaba en varios bares y restaurantes; en realidad en cualquier lugar que prometiera buena paga. Un día en que terminaba de recoger los instrumentos para ir a casa conocí a Antonia. Me llamó la atención su belleza, lo simple de sus rasgos. Sentada de piernas cruzadas, fumándose uno de esos cigarrillos largos que siempre me parecieron curiosos, movía las manos como cazando mariposas y su boca dibujaba anillos de humo. La miré bastante rato y aunque temía ser descubierto, la curiosidad puede más que la prudencia...

Por cosas de la vida escribí un libro, no una epopeya de grandes hombres o mundos fantásticos dignos de Cortázar, sino más bien la historia de un hombre y su cotidianidad. Inevitable fue imprimir en esas páginas mi disfrute de la vida, el goce de ciertas rutinas, de pequeñas acciones tan seguras que siempre me dieron consuelo: unas tostadas con mantequilla acompañadas de un buen café, el olor de la tierra mojada después de un día de lluvia, y esa humedad que queda impregnada en el aire...

Por hechos recientes me he visto forzado a hacer explícita mi voluntad: hace un par de semanas, luego de complicarse la cirugía de mi hernia inguinal, estuve internado en una UCI. Tuve una insuficiencia cardiaca con líquido pericárdico y finalmente una insuficiencia renal con indicación de diálisis. Así me lo dijeron los doctores y lo único claro para mi es que quiero que mi vida se termine cuando mi cuerpo se agote, y no cuando alguien ajeno a él lo decida. Mis tres hijos lo saben muy bien y entienden que para mi soplar otra vela más en la torta no tiene sentido si no es con plena conciencia de mis actos...

Lo que he dicho aquí no son mis memorias, y mucho menos una biografía, son sólo los primeros recuerdos que se me vienen a la cabeza cuando pienso en la posibilidad de que se me quite un derecho que me otorga la razón: la autonomía. Cuando miro a mi médico, veo como su boca se tensa frente a lo firme de mis convicciones. No es que él no confíe en mi discernimiento, pero entiendo que perder a un paciente, aun cuando sea por su propia decisión no debe ser fácil. Es el hecho de saber que es posible prolongar mi vida y que sea yo quien se opone le produce un conflicto tremendo... Me imagino que revoloteando cerca de sus oídos están la caricatura del diablo y del ángel en pugna por ejercer sus respectivas voluntades, sólo que en este caso no hay demonio, sino simplemente dos ángeles que luchan por un mismo fin: mi beneficio. No es que yo sea un insensato y esquive lo que el médico plantea, no es que esté cegado o que sea irracional... Al contrario, todo lo que pienso es fruto de una tranquila mirada a mi vida y lo que ella me ha enseñado, lo que finalmente quiero que sea para mi y lo que quiero transmitir a mis hijos...

De esta manera hace un par de días, los médicos, mis hijos y yo conversamos largamente sobre las medidas que se adoptarían a corto plazo y si se presentara alguna urgencia: acepté dializarme en un centro vecino a mi casa, y definimos que no se me reanimaría en caso de paro cardíaco. Expresé tajantemente que una nueva intervención u hospitalización estaban fuera de discusión.

El día que dejé el hospital y mientras veía como se transformaba en un punto lejano al mirar hacia atrás no pude evitar sonreír: estoy satisfecho.

### **Análisis bioético**

El caso expuesto en esta narración hay que situarlo en el contexto del envejecimiento poblacional. Éste es un proceso de transformación demográfica que tiene lugar cuando la población de edad avanzada, superior a los 60 años, es igual o mayor que la población más joven, menores de 14 años. Las causas principales de este fenómeno han sido el enorme avance de la ciencia y la tecnología biomédica y la mejora en las condiciones de vida (alimentación, higiene, políticas sanitarias, etc.) durante el s. XX, que han traído como consecuencia una reducción de la mortalidad infantil y un aumento de la expectativa de vida de los adultos mayores, junto con cambios sociales que han llevado a una progresiva disminución de las tasas de natalidad. Actualmente ésta es una realidad que ya no sólo experimentan las sociedades de los países desarrollados sino también los países en vías desarrollo.

En este nuevo contexto demográfico, la ciencia biomédica, la práctica clínica y las políticas sanitarias y asistenciales se ven enfrentadas al problema y al desafío del envejecimiento satisfactorio de la población, el cual está orientado a retrasar y compensar en las personas mayores el deterioro funcional – a nivel fisiológico, psíquico y social – que trae consigo el proceso de envejecimiento. Sin embargo, esta enorme problemática y objetivo estructural de las sociedades no deja de estar afectado por tensiones éticas tanto de orden colectivo como individual.

La creciente medicalización de la vejez y de la muerte hace tiempo que invita a preguntarse sobre cuáles son límites y los fines de la medicina en las etapas postreras de la vida. Es una pregunta que se sitúa en la frontera difusa entre alargar una vida ya deteriorada por la edad, resistiendo obstinadamente el proceso natural de la muerte, y aliviar el sufrimiento permitiendo la mayor calidad de vida posible en las personas ancianas.

A esta pregunta subyacen cuestiones bioéticas cruciales: a) el significado que la sociedad le concede a la vejez, lo que influye en los acuerdos sociales relativos a justicia sanitaria, b) el sentido existencial o biográfico que toma en los individuos el proceso del envejecimiento y el morir, lo que determina el respeto de los valores y las creencias de los pacientes en la toma de decisiones clínicas al final de la vida.

Una manera de entender los fines de la medicina contemporánea está ligada a la visión individualista de algunas sociedades liberales, la cual deja la cuestión del significado de la vejez fuera del diálogo social y asume que ésta sólo se refiere a necesidades y deseos individuales. En este paradigma, la medicina debe estar al servicio de los deseos de cada persona según su visión particular de la ancianidad y ofrecer al anciano enfermo todos los tratamientos disponibles con el fin de alargar la vida lo más posible y resistir a la muerte sin considerar la etapa de la vejez en que se encuentra, sus circunstancias biográficas y los padecimientos personales y familiares. Pero esta medicina sin límites, entregada al optimismo tecnológico y a los deseos personales y/o familiares, genera dos consecuencias indeseables: a) la falta de criterios de justicia en la distribución de los siempre limitados recursos sanitarios, y b) el aumento de la obstinación terapéutica que, a fin de cuentas, redundará en una mala práctica más en la enfermedad que en las necesidades integrales de la persona enferma.

Una visión opuesta comprende los fines de la medicina desde la consideración de los límites del ciclo vital, de la sucesión natural de las generaciones y las relaciones de cuidado intergeneracional. Siguiendo a Callahan, estas son las premisas necesarias para plantear que los fines de la medicina respecto de la población anciana no están en alargar la vida indefinidamente sin tomar cuenta el criterio de la edad, sino en conseguir una duración suficiente de la vida que permita su realización plena, evitando una muerte prematura. Una vez alcanzada esa duración, centrarse en aliviar el dolor y el sufrimiento en la enfermedad, y finalmente permitir una muerte tolerable, esto es, una muerte en paz que no sea violenta e indecorosa para sus familiares.

Es evidente que para alcanzar una vida plena y realizada se requiere un tiempo suficiente que permita desarrollar los proyectos personales, profesionales y familiares. De una persona anciana de más de 80 años es razonable esperar que haya tenido una larga vida laboral, la perspectiva para haber madurado éxitos y fracasos, conocer el alma humana en sus mejores y peores momentos, el tiempo para experimentar el amor de pareja y ver crecer a los hijos y compartir la realización de sus vidas, y, por último, haber vislumbrado la trascendencia del espíritu en experiencias religiosas, artísticas o de autoconocimiento. Por consiguiente, una vez que se ha alcanzado esa duración natural de la vida, es prudente que la medicina oriente sus prioridades al cuidado médico del anciano, que permita aliviar el sufrimiento y el dolor de la enfermedad, promueva la mayor autonomía funcional y estabilidad emocional, y mantenga lo más posible la lucidez de la conciencia. En este orden de cosas entonces la muerte en las fases postreras de la vida no puede ser vista como una situación a combatir a toda costa, sino como una realidad que se debe ayudar a aceptar a los pacientes, los familiares y también a los propios médicos. Una muerte que acaece en una etapa en que las propias posibilidades vitales ya se han realizado y cuando se han cumplido las responsabilidades de cuidado con la familia, no puede despertar un sentimiento de estar viviendo una experiencia ofensiva a la conciencia de la finitud de la vida ni tampoco debería generar en los profesionales de la salud un sentimiento de fracaso de la medicina.

El anciano protagonista de esta narración ejemplifica muy bien el concepto de “vida plena y realizada” recién descrito. Él ha alcanzado con plena lucidez una edad a la que muy pocos llegan, habiendo realizado sus máximas posibilidades vitales y afectado sólo recientemente por enfermedades de mayor gravedad. En este contexto, solicita a los médicos el respeto a su voluntad de vivir el proceso final de su vida con el máximo nivel de conciencia y poder decidir qué tratamientos recibir y cuáles no. Lo contrario significa que a su cuerpo se le niegue su natural declinar, a su voluntad, el decidir libremente que este hecho suceda en casa y en compañía de sus hijos y no abandonado en un hospital, y a su conciencia, la posibilidad de experimentarlo como parte de su vida.

Ahora bien, el respeto a la autonomía de una persona anciana en el contexto de decisiones al final de la vida es una cuestión que reviste muchas complejidades. Ante todo, hay que aclarar que la idea de una plena autonomía es más un constructo filosófico que una realidad antropológica. En la práctica, en el ser humano no hay libertad sin dependencia ni construcción de la identidad sin los otros, lo que en ciertas etapas de la vida, caracterizadas por la mayor vulnerabilidad y dependencia como la niñez y la vejez, es aún más evidente. No obstante, la mayor dependencia de una persona anciana (necesita ayuda para sus actividades cotidianas, posee mayor fragilidad afectiva, sus capacidades son más fluctuantes, etc.), esto es su menor autonomía funcional, no implica necesariamente que carezca de capacidad para decidir respecto de su salud. De todas formas, esa situación de dependencia exige de los profesionales de la salud el deber de ampliar y proteger lo más posible ese espacio de autonomía decisional, mediante al menos las siguientes estrategias: a) evaluar la competencia de un modo más continuo y con metodologías distintas según las circunstancias, lo que implica mantener una comunicación más atenta y sostenida en el tiempo con el anciano, y b) promover el compromiso de la familia para colaborar en el proceso de toma de decisiones del anciano competente. Respecto de esto último, los profesionales de la salud deben vigilar que, tratándose de un anciano competente, los deseos y preferencia de los familiares no desplacen los deseos y preferencias del propio paciente, pese a que éste necesite la colaboración de sus cercanos en el proceso de deliberación.

Otro punto delicado es la determinación de la calidad de vida como un factor relevante en la toma de decisiones al final de la vida. Si consideramos que este es un concepto que tiene que ver con percepciones subjetivas como la sensación de bienestar físico, emocional y mental, la capacidad para juzgar esos estados no corresponde más que al paciente. Un mecanismo adecuado para promover y garantizar el respeto por parte de los médicos del bien al cual aspira el propio paciente, lo que entiende éste por calidad de vida aceptable es contar con la voluntad del paciente en directrices previas que expliciten el tipo de tratamiento y cuidados que desea cuando no pueda expresar su voluntad. Se debe procurar que estas expresiones de voluntad queden registradas en un documento, e idealmente incorporadas a la ficha clínica. Es importante que la reflexión sobre el contenido de esa voluntad anticipada haya sido trabajado en colaboración con el médico y es recomendable, además, que el paciente nombre a uno de sus familiares o cercanos como su representante, en calidad de intérprete de su voluntad anticipada en caso de entrar en un estado de incompetencia.

Teniendo en cuenta que en este caso estamos frente a un paciente anciano competente que ha decidido qué tratamientos recibir y cuáles no, que cursa enfermedades de gravedad muy recientes y que ha disfrutado de una larga vida, el desafío de los profesionales de salud es ponderar estas circunstancias con el fin de permitir una muerte serena en compañía de sus seres queridos, equilibrando el respeto a su autonomía y los deberes que emanan del deber médico de cuidado por sobre los tratamientos curativos.

#### BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Callahan D. Poner límites. Los fines de la medicina en una sociedad que envejece. Madrid: Editorial Triacastela, 2004
2. Domingo Moratalla A. Ética y ancianidad: entre tutela y el respeto. En Gafo J. Ética y ancianidad. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas. Colecciones: [Cátedra de Bioética. Dilemas Éticos de la Medicina Actual](#) N° 9, 1995; pp. 67-94
3. Escobar J. Bioética y muerte digna como ejercicio final de una vida digna. En Beca J P, Astete C. Bioética Clínica. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo, 2012; pp. 371-381
4. Fundació Grifols i Lucas. Autonomía y dependencia en la vejez. Barcelona: Fundació Grifols i Lucas, 2009