

**MEMENTO MORI:
ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO DESDE LA
MIRADA ESTOICA.**

Tesis para optar al grado académico de magíster interuniversitario en Bioética.

Alexis Toro Tapia

Profesora guía:
Juan Alberto Lecaros, PhD

SANTIAGO

2024

© Se autoriza la reproducción de esta obra en modalidad de acceso abierto para fines académicos o de investigación, siempre que se incluya la referencia bibliográfica.

DEDICATORIA

Porque siempre creyeron en mí, en mis sueños y locuras; a ti Amanda Tapia, mi madre, que siempre apoyaste, a ti María Tapia, mi tía, que fuiste aliento durante este proceso, a Javiera, quien me ayudó y colaboró siempre en las revisiones. A ti, Ángel Remberto Tapia Molina, quien fuiste mi roca, mi soporte y a quien debo lo que soy, pues tus enseñanzas junto con los anteriormente mencionados formaron lo que soy.

AGRADECIMIENTOS

Primero que todo, agradecerle a Dios la oportunidad de iniciar este viaje y sembrar en mí este sueño, que en estas hojas se concreta. Ha sido un largo viaje, pero siempre coloco a las personas idóneas para poder concretarlo, desde mi familia, mis colegas enfermeros, mis compañeros del magíster y amigos que apoyaron y nunca dejaron de alentar este proyecto.

Quiero agradecer a mi familia: a mi madre, mi tía y mi prima, quienes desde el primer día y en los momentos más bajos guiaron, acompañaron y creyeron que era capaz de cumplir este sueño. Agradecer a mi abuelo, a quien de forma especial junto con los mencionados anteriormente desde el minuto 1 formaron lo que soy y de una u otra manera son mi inspiración y mi motor para seguir; por su paciencia, su cariño, sus palabras, su ánimo y tolerancia. Pues este proceso no podría haber llegado a su fin sin ellos. Además, agradecer a quienes conocí en este viaje y quienes pasaron a ser desde compañeros a amigos y ahora parte de mi familia y pilares dentro de mi vida; gracias por sus consejos, retos, correcciones y experiencias; Gracias Bárbara, Gracias Coni, Gracias Cuqui y Gracias Joaquín. Una de las cosas más hermosas de este magíster fue conocerlos, aprender de ustedes, y lo valioso que cada uno de ustedes es como persona y sus miradas en la misma bioética.

También agradecer a mis amigos, quienes también fueron parte de este viaje: Maritza Sepúlveda, Juan Inostroza, Cristian Espina, Daniela Muñoz y Gloria Flores. Estos siempre estuvieron con consejos, palabras y dando ánimo, siempre aportando una piedra para poder concretar este proyecto. Especialmente dentro de este grupo agradezco a mi amigo Felipe Sánchez, quien desde que conoció de esta tesis, con apoyo, cariño y consejos me alentó a continuar y seguir adelante; cuando yo mismo no creía en este proyecto, me dio fuerza para continuar adelante hasta lograr el objetivo final.

Finalmente, cada uno de los docentes que han sido parte de este camino realmente es modelo para seguir; quienes nunca se guardaron nada siempre nos transmitieron sus conocimientos y nos mostraron lo hermosa y fundamental que es la bioética. Especialmente, a mi tutor, quien desde el minuto 1 creyó en mí y apoyo esta locura que finalmente se concreta hoy. Sus consejos, su orientación, sus conocimientos y su mirada permitieron no solo darle fuerza al proyecto sino también concretar lo que, como he mencionado, finaliza.

ÍNDICE

1. Introducción.....	7
2. Planteamiento del problema.....	8
3. Objetivo general y objetivos específicos.....	9
4. Metodología.....	9
5. Marco teórico.....	11

CAPÍTULO I

ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERPUÉTICO A LA LUZ DE LA CONCEPCIÓN DE LA VIDA Y LA MUERTE EN EL ESTOICISMO 15

1. La vida.....	15
2. El dolor.....	17
3. El sufrimiento.....	18
4. La visualización negativa: una herramienta estoica para prepararnos frente al infortunio.....	19
5. <i>Memento mori</i> : la muerte para los estoicos.....	20
6. El duelo y la fugacidad de las cosas.....	23

CAPÍTULO II

DICOTOMÍA DEL CONTROL Y ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO 29

1. Futilidad.....	30
2. Proporcionalidad.....	31
3. La adecuación del esfuerzo terapéutico en la dicotomía del control.....	32
4. El tratamiento antibiótico.....	34
5. Hidratación y nutrición.....	37
6. Sedación terminal.....	41
7. Síntesis: ¿cuál debería ser la atención más adecuada para los pacientes en proceso de fin de vida bajo los conceptos estoicos?.....	42

CAPÍTULO III	
LAS CUATRO VIRTUDES ESTOICAS Y LOS CRITERIOS DE LA ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO.....	45

CAPÍTULO IV	
LAS BASES DE LA FILOSOFÍA ESTOICA APLICADAS EN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	53

1. La lógica.....	53
2. La física.....	54
2.1. <i>Amor fati</i> : el crucial papel del destino.....	55
3. La ética.....	56

CAPÍTULO V	
METODOLOGÍA Y ANÁLISIS DE LOS PROTOCOLOS.....	66

1. Metodología.....	66
2.1. Normativa institucional sobre limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes terminales (Hospital Ernesto Torres de Iquique).....	68
2.2. Declaración respecto de la limitación del esfuerzo terapéutico (Hospital Barros Luco Trudeau).....	71
2.3. Protocolo de adecuación terapéutica para pacientes adultos atendidos en el Hospital De Puerto Montt.....	78
2.4. Limitación del esfuerzo terapéutico en la práctica asistencial (Hospital Gustavo Fricke).....	83

CONCLUSIONES	92
---------------------------	-----------

BIBLIOGRAFÍA.....	97
--------------------------	-----------

1. Introducción

La adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) es una práctica ética clínica ampliamente utilizada para garantizar a los pacientes en fase terminal una muerte digna y tranquila. Con ella se busca honrar la voluntad del paciente y de su familia, evitando actitudes paternalistas del equipo médico y proporcionando el apoyo necesario con el fin de brindar una atención digna durante el fin de vida. De este modo, se previene la obstinación terapéutica o el abandono al que pueden verse expuestos los pacientes moribundos. Aunque esta práctica usualmente está protocolizada para orientar la toma de decisiones y evitar situaciones no deseadas, la misma protocolización ha llevado a una mecanización del cuidado de fin de vida, afectando el propósito y los valores que persigue. A pesar del consenso en la literatura bioética sobre los criterios normativos que deben orientar la AET, su implementación no siempre está orientada al propósito fundamental, que es brindar una muerte digna y un cuidado compasivo a quienes están en el proceso de fin de vida.

Por esto mismo, es importante volver a mirar los principios éticos involucrados en esta práctica para iluminar los bienes internos o fines últimos que la orientan: la muerte digna, sin dolor, acompañada y respetando los deseos del enfermo o su familia. Esta es la motivación para adentrarnos en la reflexión filosófica y explorar las tradiciones que reflexionaron sobre la muerte y la experiencia del morir, como, asimismo, sobre el verdadero significado de la vida y la muerte como partes de un mismo proceso.

En nuestra tradición filosófica occidental, diferentes escuelas de pensamiento ofrecen visiones sobre la vida y la muerte y, en particular, sobre cómo cada individuo puede alcanzar la mejor realización vital. En este contexto, la filosofía estoica destaca por sus meditaciones, doctrinas y recomendaciones prácticas en el arte de vivir, lo que puede ayudarnos a volver a iluminar los fines de la AET y dar sentido a esta práctica frente a la excesiva mecanización en la aplicación de los protocolos médicos. Hemos escogido esta escuela filosófica porque no solo nos brinda la capacidad de reflexionar sobre los fines últimos de la vida y el sentido de la muerte, sino también porque ofrece herramientas prácticas para evitar la obstinación

terapéutica y prolongar innecesariamente el proceso de morir que solo trae sufrimiento al enfermo y a la familia.

La primera parte de esta investigación está dedicada a una revisión bibliográfica de los fundamentos bioéticos de la AET junto con el análisis de la contribución que puede hacer la filosofía estoica a que la adecuación deje de ser un proceso meramente técnico-médico protocolizado y sea capaz de cumplir con los objetivos bajo los que toma sentido en la práctica de la ética clínica. Aunque la AET y el estoicismo estén separados por muchos siglos, es posible, a través de las reflexiones y recomendaciones prácticas de esta filosofía, aportar con un marco de comprensión filosófico que renueve el sentido de los cuidados adecuados a los pacientes en el proceso de fin de vida. Con este propósito, se analizarán los cuatro elementos de la AET (definición, criterios, terapéutica y consentimiento informado), desde cuatro aspectos de la doctrina filosófica estoica, respectivamente: la vida y la muerte, la dicotomía del control, las virtudes estoicas y los tres pilares de la filosofía estoica.

2. Planteamiento del problema

En el proceso de fin de vida de un paciente, la AET tiene por objetivo proporcionar tanto la terapia adecuada como el acompañamiento y cuidado necesario, respetando la dignidad del paciente y brindando tranquilidad tanto a él como a su familia. Sin embargo, la pérdida de reflexión sobre el sentido último de esta práctica ha llevado a su deshumanización, pese al esfuerzo por orientar la toma de decisiones mediante guías y protocolos. Por eso, en este trabajo realizamos una revisión de protocolos de AET de establecimientos de salud nacionales y los analizamos a la luz de los conceptos, postulados o reflexiones de la filosofía estoica. El propósito de esta revisión es identificar y destacar en el contenido de los Protocolos de AET los conceptos, principios y valores éticos que pueden relacionarse con las enseñanzas estoicas.

Pregunta: ¿Cómo las recomendaciones de los protocolos de AET de cuatro establecimientos de salud de Chile se pueden leer, analizar y enriquecer a la luz de los postulados de la filosofía estoica?

3. Objetivo general

Revisar los protocolos de AET de cuatro establecimientos de salud nacionales, analizando su contenido a la luz de cuatro postulados de la filosofía estoica: visión de la vida y la muerte, dicotomía del control, virtudes estoicas y pilares del estoicismo.

3.1 Objetivos específicos

1. Identificar en la definición del esfuerzo terapéutico las consideraciones sobre la vida y la muerte según las máximas estoicas.
2. Establecer, a partir de los criterios de los protocolos analizados, las relaciones que estos mantienen con la teoría de la virtud estoica.
3. Determinar en los protocolos de adecuación de esfuerzo terapéutico y en las recomendaciones bioéticas relacionadas con la terapia para pacientes en fin de vida los elementos de la dicotomía del control estoico.
4. Analizar el consentimiento informado en el proceso de adecuación de esfuerzo terapéutico, a luz de los tres pilares del estoicismo: física, ética y lógica.
5. Proponer respuestas a las deficiencias identificadas en los protocolos analizados desde las máximas estoicas.

4. Metodología

Tipo de estudio: Descriptivo de análisis textual.

Universo: Protocolos de adecuación de esfuerzo terapéutico de los hospitales adultos y pediátricos a nivel nacional.

Selección de la muestra: Se seleccionaron 13 hospitales con mayores egresos por fallecimiento en atenciones adulto-pediátricas del país, según estadística de Indicadores Hospitalarios según Servicio de Salud, SNSS, periodo 2021.

Muestra: De los trece protocolos de adecuación de esfuerzo terapéutico solicitados por medio de Ley de Transparencia, se recibieron 7.

Justificación de la selección de protocolos recibidos: Se analizaron solo 4 protocolos de los 7 recibidos, debido a que con este número se obtenía la saturación de información. Se hizo una selección aleatoria entre los 7 protocolos recibidos, otorgando un número a cada uno de ellos con el fin de aplicar la calculadora muestral del sistema SERQ. Este método se detalla en el Anexo 1.

Método de búsqueda bibliográfica: Se usaron diferentes buscadores, en inglés, español y portugués, donde se utilizaron los siguientes términos:

- “Adecuación de esfuerzo terapéutico / adequacy of therapeutic effort / adequação do esforço terapéutico”.
- “Limitación de esfuerzo terapéutico / limited of effort therapeutic / limitação do suporte de vida”
- “Muerte digna/ death with dignity / morte digna”

Los buscadores utilizados fueron: Scielo, PubMed, Google Scholar. La búsqueda se hizo desde el 2012 a la fecha.

Asimismo, se buscó bibliografía sobre los textos canónicos y modernos de la filosofía estoica.

5. Marco teórico

Cuando hablamos de la relación entre la adecuación de esfuerzo terapéutico (AET) y el estoicismo, puede resultar difícil concebir que tengan algún vínculo, si consideramos que en la sociedad griega y, posteriormente, la romana, donde nació y se desarrolló esta filosofía, la medicina era muy distinta de la actual. Sin embargo, al analizar la AET desde la mirada estoica, comprenderemos que muchos de los conceptos, teorías y reflexiones bioéticas sobre esta práctica pueden relacionarse, leerse y enriquecerse a la luz de esta filosofía.

Si bien la AET surge en la medicina actual como uno de los ámbitos de reflexión de la bioética, podemos remontar sus antecedentes históricos a la medicina hipocrática del siglo V a.C., que entre sus fines incluía el alivio del sufrimiento, la reducción de la violencia de la enfermedad y la renuncia a tratar a aquellos que se encontraban deteriorados por la enfermedad (Manzini, 2011: 3). En el siglo XVI, los teólogos españoles realizaron el primer acercamiento más formal al tema desde la doctrina ético-teológica. El dominico Francisco de Vitoria sostenía que no era pecado mortal dejar de alimentar a un enfermo que se encuentra inapetente por una enfermedad incurable, como tampoco aceptar todo medicamento que pudiera alargar la vida. El dominico Domingo Bañez argumentó que se debía distinguir entre los medios de tratamiento ordinarios (obligatorios) y los medios extraordinarios (optativos) (Manzini, 2011: 4). En el siglo XVII, el cardenal jesuita Juan de Lugo llevó el argumento un paso más allá, afirmando que tampoco los medios ordinarios son obligatorios, a menos que haya esperanza razonable de que se produzca un beneficio para el paciente (Manzini, 2011: 4).

Otro antecedente histórico lo encontramos en la obra de Tomás Moro, *Utopía*, publicada en 1516, que recomendaba para los casos de enfermedad incurable con "dolor insoportable" el dejar morir por inanición, absteniéndose de alimentar e hidratar, o aceptar la solicitud de eutanasia (Manzini, 2011:1). Un siglo después, Francis Bacon distinguió entre eutanasia interna, entendida como aquella muerte con el alma preparada y preferentemente heroica, y la eutanasia externa, como aquella muerte que correspondía a una intervención de los médicos, quienes debían

facilitar el morir de los pacientes que sufrían sin esperanza por enfermedades con mal pronóstico (Manzini, 2011: 1).

Un primer hito importante en la historia moderna de la AET fue el movimiento de los hospicios liderado por Cicely Sanders en Inglaterra, quien desde la década de 1940 promovió los cuidados paliativos en los enfermos terminales. En la década de los ochenta del siglo pasado, producto del debate bioético, se comenzó a reemplazar la expresión eutanasia pasiva por abstención y retiro de tratamiento de soporte vital (*withholding and withdrawing life support o life sustaining*).¹ El tratamiento de soporte vital es aquel destinado a sostener o reemplazar las funciones vitales, como la respiración, la actividad cardiocirculatoria y la alimentación e hidratación (Manzini, 2011: 2). En una revisión del tema realizada en 1991 por Peter Singer y Mark Siegler, estos autores pusieron el énfasis “en separar el matar al paciente del dejar morir al paciente, tomando distancia de los movimientos proeutánicos” (Manzini, 2011: 2). El 12 de enero de 1999, el periódico francés *FRANCE-SOUIR* publicó un manifiesto de desobediencia civil que defendía el derecho a la muerte digna, con libertad de elegir el momento y la manera de morir (Álvarez, 2005: 59), lo que deja en evidencia el involucramiento y participación de la ciudadanía en estos temas, convirtiéndose en una cuestión de debate público y no solo un asunto médico (Álvarez, 2005: 228).

La conquista de múltiples hitos tecnológicos ha permitido prolongar la vida de manera artificial hasta límites insospechados. Algunos de estos fueron el masaje cardiaco externo (Kouwenhowen y Jude, 1961), la diálisis (Scribner, 1962), la desfibrilación (Zoll y Lown, 1962), el trasplante renal (Alexander, 1963), el trasplante cardíaco (Barnard, 1967) y la ventilación mecánica prolongada (Engstrom, 1974). Aunque estas técnicas han contribuido a salvar vidas y a prolongar la esperanza de vida de la población, su uso no está exento de cuestionamientos éticos cuando

¹ “Es en el contexto de la medicina intensiva que aparece la idea de la limitación del esfuerzo terapéutico, un término que existe en castellano y en portugués, pero no en otras lenguas. En inglés se habla de *Withholding and Withdrawing Medical Care*. La limitación del esfuerzo terapéutico se refería originalmente a “la iniciación o suspensión de tecnologías de soporte vital en el contexto de las unidades de cuidados intensivos” (Ferrer, 2019: 450).

prima el imperativo tecnológico, esto es, todo lo que se puede hacer se debe hacer, por sobre el imperativo ético².

Frente a la posibilidad técnica de prolongar la vida, hay que plantear la pregunta ética: ¿es correcto seguir entregando un tratamiento cuando este no es útil y proporcionado para la situación médica del paciente? Las particularidades de la situación de cada paciente dificultan la respuesta inmediata a esta pregunta, porque siempre estamos ante la incertidumbre del pronóstico y, en consecuencia, ante la dificultad de definir con precisión cuando un acto terapéutico es desproporcionado o fútil, lo cual resulta más complejo en pacientes en proceso de fin de vida.

Para profundizar en las preguntas éticas que suscita el final de vida en la medicina actual, acudimos a una filosofía nacida en los primeros años del siglo III a.C. en el Pórtico Pintado (*Poikile Stoa*) de Atenas, de donde toma el nombre de estoicismo. Esta filosofía no solo busca entender la naturaleza y cómo vivir conforme a ella y así alcanzar la felicidad (*eudaimonía*), sino también encontrar los mejores medios prácticos que nos ayuden en la experiencia de la búsqueda de la felicidad. Zenón de Citio fundó esta filosofía, influido por otras escuelas filosóficas y pensadores, en especial por Sócrates y los cínicos, pero también por los académicos (los seguidores de Platón), los peripatéticos (los seguidores de Aristóteles) y epicúreos. Cada una de estas escuelas eran *eudaimónicas*, es decir, su objetivo era definir la mejor manera de vivir una vida humana en búsqueda de la felicidad.

El estoicismo se divide en tres etapas:

- a) Estoicismo antiguo (s. III y II a.C), fundado por Zenón de Citio, cuyos principales seguidores fueron Aristón de Queos, Cleantes de Asos (primer

² Con respecto a las características de los pacientes con adecuación del esfuerzo terapéutico, Noguera observa lo siguiente: "Hoy en día, debido a los avances tecnológicos y médicos, los profesionales sanitarios pueden proporcionar tratamientos complejos con el objetivo de retrasar el proceso de muerte en pacientes críticamente enfermos, ya que disponen de un abanico de medidas terapéuticas que cada vez es más amplio, complejo y eficaz". No obstante, este tipo de modificaciones pueden llegar a ser contraproducentes para el paciente, ya que "la utilización excesiva de medios artificiales conduce a un alargamiento inadecuado de las funciones vitales, llegando a ocasionar una acción degradante que incrementa la agonía y sufrimiento del paciente y de sus familiares" (Noguera, 2020: 7).

escolarca sucesor de Zenón) y, especialmente, Crisipo de Solos (segundo escolarca), quien sintetizó las doctrinas principales de la escuela, por lo que se le consideraba como un segundo fundador de esta. Durante esta etapa se desarrollaron las cuatro virtudes fundamentales: el control de uno mismo, el valor, la justicia y la sabiduría.

- b) Estoicismo tardío (s. II-I a.C.), representado por Panecio y Posidonio. En esta etapa, el estoicismo tiende al sincretismo y al eclecticismo, incorporando muchos de los elementos platónicos y aristotélicos, preocupándose principalmente por la ética y la lógica, y manteniendo un cierto contacto con concepciones religiosas orientales.
- c) Estoicismo nuevo (s. I-III d.C), más cercano al estoicismo antiguo, pero centrado en un pensamiento de tipo moral y religioso que tuvo una gran influencia política y social. Tuvo sus representantes más característicos en la época imperial romana, donde alcanzó su apogeo con Séneca, Musonio Rufo, Epicteto y Marco Aurelio.

En el siglo XX, el estoicismo experimentó un renacimiento después de la Segunda Guerra Mundial, inspirando la logoterapia de Víctor Frankl, la terapia racional emotiva conductual de Albert Ellis y la amplia familia de terapias cognitivas conductuales. Aunque el estoicismo se definió desde el principio como una filosofía de vida, como toda filosofía, tiene un conjunto de axiomas fundamentales. La idea central que propone esta filosofía es que para vivir una buena vida, se deben comprender dos cosas: la naturaleza del mundo (y por extensión, el lugar de uno mismo en él) y la naturaleza del razonamiento humano (en el acierto y en el fracaso). El alumno estoico debía estudiar la física, la lógica y la ética. Es preciso aclarar cómo se entendían estos conceptos en aquel entonces. La física es el estudio de cómo funciona el mundo, siendo un compendio entre las ciencias naturales, la teología y la metafísica. La lógica estoica comprendía el estudio del razonamiento formal, la epistemología como teoría del conocimiento, la retórica (el cómo transmitir las ideas propias a los demás) y la psicología (el cómo funciona la mente humana y cuando esta no consigue razonar de la manera apropiada). Por último, la ética se

ocupaba de entender cómo poseer un buen espíritu o ánimo, es decir, cómo vivir una buena vida, buscando la sabiduría moral para alcanzar ese objetivo.

A continuación, nos proponemos revisar la literatura bioética sobre AET y analizar esa comprensión según las reflexiones estoicas. Para enriquecer el sentido o el bien interno de la AET, seguimos cuatro postulados estoicos: la vida y la muerte, la dicotomía del control, las virtudes estoicas y los tres pilares de la filosofía estoica, que relacionaremos, respectivamente, con cuatro elementos de la AET: su definición, la terapia, los criterios y el consentimiento informado.

CAPÍTULO I

ADECUACIÓN DE ESFUERZO TERAPÉUTICO A LA LUZ DE LA CONCEPCIÓN DE LA VIDA Y LA MUERTE EN EL ESTOICISMO

1. La vida

El arte de la vida se parece más al arte del luchador que al de la bailarina, en este sentido, que debe estar preparado y firme para enfrentarse a los embastes repentinos e inesperados.
(Frances & Hazlitt, 2013: 112).

Al revisar las definiciones de AET, es importante considerar que existen distintos énfasis. Algunas enfatizan la terapia o las acciones a realizar o su implementación, y otras el concepto de "buen morir" y el respeto a la dignidad del paciente durante el proceso. Con todo, la AET, más que la suma de estos énfasis, está definida por su bien interno que persigue el respeto a la dignidad de cada paciente, en virtud de los principios, creencias y valores que este tiene en relación con su visión de la vida y la muerte.

Para comprender y profundizar el sentido de la AET a la luz del estoicismo, es necesario adentrarnos en la perspectiva estoica sobre la vida. Según los estoicos, la vida consiste en vivir en coherencia con la naturaleza, guiados por el conocimiento racional que la naturaleza nos proporciona día a día. Vivir según la naturaleza entonces es equivalente a vivir según la razón. La naturaleza se concibe como un organismo vivo e inteligente que abarca todas las cosas y está gobernado por el destino. El destino está gobernado por las causas y los efectos del mundo natural y ante él el filósofo tiene por misión describir y comprender dichas causas y efectos. Según los estoicos, "aceptar el destino o el determinismo de las causas" es fundamental. No se trata solo de que ciertas cosas escapen a nuestro control, sino de que no podrían ser de ningún otro modo" (Sellers, 2021: 31).

Según los estoicos, la idea de aceptar el destino no implica pasividad ni resignación, porque nuestras acciones tienen la capacidad de influir y marcar la diferencia, determinando el resultado de los sucesos. El destino opera a través de nosotros, en la medida que contribuimos a él y formamos parte del vasto mundo natural que lo rige. Es por esto que, para los estoicos, vivir sin expectativas especiales, dejándonos guiar por el destino, es fundamental. Al comprender que

ciertas cosas son inevitables, podemos aceptar los resultados y evitar la angustia que surge de la incapacidad para comprender la naturaleza y el funcionamiento del mundo. El ideal estoico consiste en vivir de acuerdo con la razón o en armonía con la naturaleza, aceptando sus leyes y actuando conforme a nuestro deber. Dentro de esta comprensión, la moral estoica se orienta a cumplir con nuestros deberes de acuerdo con lo que la naturaleza dicta, es decir, actuar conforme a lo que es correcto o no según la naturaleza.

No sólo aceptar el destino es importante para el estoico. Según Seneca, “a muchos de nosotros la vida se nos acaba justo cuando estamos listos para empezar a vivirla”. Y no porque sea breve; el problema es que desperdiciamos mucho tiempo” (Sellers, 2021: 36). Séneca sugiere que el tiempo debe dedicarse a la reflexión, el aprendizaje, la lectura de obras literarias e históricas y la consideración del pasado y el presente, ya que este conocimiento nos capacita para resolver los desafíos de la vida tanto teórica como práctica. Asimismo, Séneca señala que preocuparse por la opinión de los demás es una pérdida de tiempo, ya que, al hacerlo, sacrificamos nuestro tiempo en beneficio de los demás y dedicamos muy poco a nosotros mismos.

De lo anterior emana una importante visión estoica de la vida: “La vida es una celebración, como una feria, una fiesta y, al igual que ellas, no puede durar para siempre” (Sellers, 2021: 40). De nosotros depende agradecer por lo que hemos disfrutado o lamentarnos porque tiene que acabar. De tal modo que resulta esencial reconocer nuestro rol dentro de la vida misma:

Recuerda que eres el actor de un drama cuyo autor decide su duración. Si quiere que representes a un mendigo, hazlo con talento; lo mismo que el papel de cojo, magistrado o simple particular, porque tú deber es representar correctamente al personaje que se te ha confiado y no te corresponde elegirlo, porque esa es tarea de otro (Epicteto, 2011:24).

Lo que Epicteto nos enseña es que debemos desarrollar la capacidad de adaptarnos y cambiar según las circunstancias, cultivando habilidades como la creatividad, independencia, confianza en uno mismo, ingenio y la capacidad de resolver problemas. De esta manera, nuestra conducta será la más adecuada y podremos vivir de forma plena en busca de la *eudaimonia*. Los estoicos no solo

creían en esta armonía con la naturaleza y la aceptación del destino, sino también en la búsqueda de la sabiduría. Pero ¿qué entendían los estoicos por sabiduría?

La sabiduría es un entendimiento correcto, una facultad de discernir entre el bien y el mal; lo que hay que elegir y lo que hay que rechazar; un juicio basado en el valor de las cosas y no en la opinión común de ellas; una igualdad de fuerzas y una fortaleza de resolución. Vela por nuestras palabras y acciones, nos lleva a la cima con la contemplación de las obras de la naturaleza y nos hace invencibles ante la buena o mala fortuna (Frances & Hazlitt, 2013: 13).

La idea del sabio es fundamental dentro del estoicismo. Uno de sus postulados es buscar la transformación del modo de vida, de tal forma que la vida de cada persona se realice en su mejor versión:

El sabio es un individuo que ha dominado el arte de vivir y, por tanto, actúa siempre bien en todos los ámbitos de su vida; al igual que el flautista que ha dominado el arte de tocar la flauta, siempre toca bien cada vez que toca la flauta. Habiendo dominado el arte de vivir, el sabio se hallará completamente libre de las enfermedades del alma, y la sabiduría se definirá simplemente en términos de la posesión de un alma perfectamente saludable (Sellars, 2023: 64).

Si bien los estoicos no tuvieron a la vista la experiencia de las enfermedades terminales o las patologías crónicas con deterioro progresivo, ni conocieron la práctica de los cuidados paliativos, destacaron la importancia del destino y la aceptación de sus designios, enfrentando el final de la vida como parte del sentido de nuestra existencia. Los estoicos no solo reconocen la importancia de aprovechar al máximo el tiempo que se posee, sino también que hay acciones en la vida en las que podemos influir, como decidir cómo afrontar el sufrimiento, pero otras en las que no tenemos ningún control y debemos aceptarlas. Por este motivo, es importante conocer la visión estoica tanto del dolor como del sufrimiento.

2. El dolor

La filosofía estoica cultiva el pensamiento de que cada desafío en la vida es una oportunidad perfecta para mejorar a través de la autosuperación. Sin embargo, hay situaciones que escapan de nuestras manos, como una enfermedad o el dolor físico. Aunque las enfermedades se pueden controlar con medicamentos, la actitud mental

correcta puede ayudar mucho a enfrentarlas, aceptando la causalidad de las cosas y el poder del destino en las mismas. El objetivo del estoicismo no es vivir en la desgracia o ser víctimas del dolor, al contrario, se trata de alcanzar lo que la Stoa llamaba la "*apatheia*", es decir, la tranquilidad mental, y mantener el equilibrio en el camino de la vida. Según el especialista en el estoicismo, Rist,

El concepto de "*Apatheia*" se ha prestado para una interpretación errónea de esta filosofía, la de promover indiferencia o insensibilidad. En realidad lo que los estoicos proponen es que, si bien todo hombre siente placeres y dolores, el hombre sabio "lo que no siente son aquellos placeres y dolores que son el resultado de juicios erróneos" (Rist, 1995: 56)

El ser humano es frágil, pero a la vez tiene un espíritu resistente, por lo que el dolor nos prepara para enfrentarnos a las situaciones que lo provocan, y de esta forma, adquirimos mayores herramientas para minimizarlo.

3. El sufrimiento

Paciencia cuando vamos a sufrir y prudencia en las cosas que hacemos". (Séneca)

En el pensamiento estoico, el sufrimiento se ve como un acto de la providencia, que nos permite demostrar nuestra fuerza interna o valor que es puesto a prueba. De esta manera, se entiende que el ideal estoico del hombre sabio no es totalmente desapasionado; la "*apatheia*" es la salud apropiada del alma y no meramente la impasibilidad. De hecho, la impasibilidad se considera un objetivo sin sentido, ya que los actos mentales en sí mismos no son impasibles. Como aclara Rist:

Cualquiera que busca la *Apatheia*, en el sentido de eliminación de todos los sentimientos y emociones, está pidiendo un estado en el que todas las actividades, incluso las mentales, se hallen en suspenso. Un estado así sería equivalente a la muerte" (Rist, 1995: 40)

Todos experimentamos lo que Séneca llama "los primeros impulsos", los cuales se producen cuando algo nos afecta, nos pone nerviosos o nos conmociona. Estas son respuestas fisiológicas del cuerpo y se dividen en tres etapas:

1. Un impulso involuntario, fruto de una reacción natural y fisiológica que escapa a nuestro control.
2. Un juicio que sí está bajo nuestro control.
3. Una emoción que, una vez nacida, no podemos controlar. Cuando esta aparece, no podemos hacer nada que no sea esperar a que pase.

En esta situación, se nos aconseja "actuar con calma, movidos por la lealtad, el deber o la justicia, que por la rabia y el deseo de venganza". Aunque la cólera parezca servirnos a veces de acicate para luchar contra las ofensas, es mucho mejor, según Séneca, "hacerlo a la luz de las virtudes de la justicia y la valentía" (Rist, 1995: 40). Los estoicos no defendían la represión de las emociones. Más bien nos aconsejan dar pasos para evitar las emociones negativas y superarlas cuando fallan los intentos de prevenirlas.

4. La visualización negativa: una herramienta estoica para prepararnos frente al infortunio.

La visualización negativa consiste en enfocar regularmente la atención en escenarios potencialmente desfavorables, proyectándolos como posibles hechos perjudiciales. Esto es lo que los antiguos romanos llamaban "*premeditatio malorum*" (prever lo malo), es decir, visualizar eventos negativos para disminuir el miedo a enfrentarlos y prepararnos mentalmente para gestionar la crisis que se avecina. Con esta práctica, se promueve la sensación de gratitud y aprecio por los momentos en los cuales las cosas negativas no ocurren, como disfrutar de un día en familia o la presencia de nuestros seres queridos porque están vivos y sanos, o cuando hemos brindado cuidados y cariño después de una larga enfermedad de un ser querido. Al anticiparnos a los acontecimientos que pueden desencadenar dolor, recordamos que todo lo que tenemos es un préstamo de la fortuna, la cual puede desaparecer sin nuestro permiso. Este concepto se extiende a otras instancias de la experiencia humana, específicamente a la muerte, la cual suele verse como una situación azarosa.

Si bien el ejercicio estoico consiste en imaginar las peores tragedias, como la pérdida de un ser querido, la ruina, la enfermedad o el desprestigio, su finalidad es apreciar lo que tenemos y no apegarnos a las cosas, aprendiendo la impermanencia de todo. De esta forma, cada persona podrá mantener la calma y la paz mental ante la incertidumbre generada por los problemas o tragedias. Aunque estos eventos nunca ocurran o sucedan muy ocasionalmente, pensar en ellos nos familiariza y nos prepara para trazar nuestros planes, realizando lo posible para minimizar el daño y sacar provecho cuando ocurran. Seneca propone respecto de este ejercicio que “cual sea este mal, pondéralo, y luego sopesa contigo mismo tu temor; llegarás a la conclusión que aquello que te asusta no es tan grave o bien no será duradero” (Ramaciotti, 2020: 23).

Este ejercicio no tiene como fin caer en el pesimismo ni en el fatalismo, sino que consiste en una preparación psicológica para enfrentar los eventos aciagos que pueden suceder. Para el estoico, vivir cada día como si fuera el último es una mera extensión de la técnica de visualización negativa. En lugar de entregarse a la búsqueda del placer, esta reflexión permite apreciar lo maravilloso de estar vivo y tener la oportunidad de realizar múltiples actividades dirigidas a buscar nuestro crecimiento y el de los que nos rodean.

Esta técnica es de gran ayuda frente a enfermedades o patologías que lleven al fin de la vida. Al ocupar la visualización negativa durante el proceso, nos fortalecemos mentalmente, lo que permitirá no solo la aceptación de la mejor forma posible de la enfermedad, sino también del sufrimiento emocional y el dolor, ya que el estoico tiene la fortaleza mental frente a la adversidad. La técnica del estoicismo nos enseña a aceptar la vida que nos ha tocado vivir y a extraer lo mejor de ella, mientras nos prepara para los cambios que nos privarán de lo que nos hace felices. Según Irvine, “Epicteto cree que practicar la visualización proyectiva nos permitirá apreciar la relativa insignificancia de las cosas malas que nos pasan y evitar así que nuestra serenidad sea perturbada” (Irvine, 2022: 99).

El estoicismo griego apuntaba al desarrollo de la virtud, como también lo hizo el estoicismo romano, pero con la diferencia que este último incluyó un segundo objetivo: alcanzar la serenidad. La serenidad no se refiere solo a un estado

psicológico caracterizado por la ausencia de emociones negativas, como la aflicción, la ira y la ansiedad, sino que también fomenta las emociones positivas, como la alegría. Esto forma parte de un círculo virtuoso, ya que la búsqueda de la virtud produce serenidad, y esta a su vez facilita la búsqueda de la virtud.

5. “*Memento Mori*”: La muerte para los estoicos

“Si la muerte tiene múltiples accesos, su final es el mismo, y nada importa donde comienza lo que al final llega”. Esa razón te exhorta a morir de la forma que te agrada, si puedes; pero si no, de la forma que te sea posible” (Séneca).

Los estoicos concedían mucha importancia a la conciencia acerca de la muerte que tienen los seres humanos. Consideraban que la vida es un regalo, un presente que eventualmente tendremos que devolver, al igual que la vida de quienes amamos. La muerte es un proceso natural y, por lo tanto, no debemos temerla, ya que es útil dentro de los propósitos de la naturaleza. Debemos esperarla con tranquilidad, pues todos experimentamos el mismo destino. Según la filosofía estoica, debemos aprovechar el tiempo que se nos ha concedido para buscar la virtud, dado que nuestras vidas llegarán a su fin; por lo tanto, no debemos malgastarlo en la búsqueda de cosas triviales. Frances y Henry Hazlitt expresan esta visión de la muerte en los estoicos de este modo:

Para concluir, observa siempre lo efímera e inútiles que son las cosas humanas y lo que ayer era un poco de moco, mañana será una momia o cenizas. Pasa entonces por este pequeño espacio de tiempo conforme a la naturaleza y termina tu viaje con contento, así como una aceituna se cae cuando está madura, bendiciendo a la naturaleza que la produjo y agradeciendo al árbol en el que creció (Frances & Hazlitt, 2013: 99).

La conciencia sobre la propia muerte nos ayuda a abrazar la importancia de la vida. Aunque la muerte sea inevitable, reconocer su presencia nos permite valorar y aprovechar al máximo el tiempo que se nos ha otorgado. Esta conciencia nos impulsa a buscar la realización personal y dedicarnos a aquello que consideramos significativo, en lugar de desperdiciar el tiempo en asuntos triviales. La reflexión sobre la muerte puede ser una fuente de motivación para vivir una vida plena y

significativa: “[...] cuando los estoicos nos enseñan a no temer la muerte, se limitan a enseñarnos a no tener una emoción negativa”. Después de todo, todos vamos a morir y es mejor que nuestra propia desaparición no esté ensombrecida por el miedo” (Irvine, 2022: 236).

La filosofía estoica nos invita a considerar la visualización negativa como una herramienta para prepararnos frente a lo inevitable. Pues frente a la enfermedad los estoicos responden según el argumento perezoso de Cicerón que dice: “si alguien está destinado a recuperarse de una enfermedad, lo hará tanto si llama al médico como si no lo hace” (Sellars, 2023: 141). Con esto los estoicos nos muestran que existen acciones irrelevantes para consecuencias ya determinadas, por ejemplo, la muerte.

Con la visualización negativa, podemos conectarnos más con nuestros seres queridos, vivir de manera más auténtica y organizar nuestras prioridades, valorando cada momento en lo que realmente consideramos que vale la pena. Para los que enfrentan enfermedades terminales, la visualización negativa los puede ayudar a comprender y aceptar la proximidad de la muerte, mientras que, para los que no están en este proceso, los ayuda a reflexionar sobre el destino y no solo la muerte, sino cualquier evento negativo y sus consecuencias. La visualización negativa, junto con la búsqueda de la virtud y la aceptación de las leyes de la naturaleza, permitirán enfrentarse a la muerte como un proceso necesario y parte de la vida.

La visión de la muerte, según Epicteto, puede estructurarse en tres etapas. Massimo Pigliucci, en su libro *Como ser un estoico* (2018), formula estas etapas de la siguiente manera:

- A. Los seres humanos no nos diferenciamos de otros seres vivos: “como el grano cuyas espigas están destinadas a madurar al sol, nosotros también estamos destinados a ser cosechados” (Pigliucci, 2018: 102). La mortalidad es algo sobre lo que no podemos luchar; más bien se debe vivir cada día como el último y centrarse en trabajar buscando siempre la superación personal.

- B. Los seres humanos son capaces de concebir una idea sobre la muerte y este conocimiento no cambia la naturaleza del evento. Este pensamiento nos conduce directamente a una de las ideas estoicas, la dicotomía del control: la muerte no está bajo nuestro control (ocurrirá de un modo u otro), pero lo que sí está bajo nuestro control es la manera en que reflexionamos sobre la muerte³.
- C. El problema de la ignorancia, según Epicteto, radica en comprender la condición de fragilidad y vulnerabilidad del ser humano. Este conocimiento nos permite obtener una perspectiva sobre nuestra propia muerte.

Comprender que la muerte es un proceso natural del cual nadie está exento es fundamental. A las tres etapas de Epicteto, se debe agregar otra idea importante en el estoicismo: el control sobre el temor a la muerte. Al respecto, este enfoque filosófico busca ofrecer herramientas para afrontar el miedo a la muerte y encontrar la serenidad en la aceptación de la naturaleza inevitable de este proceso. Pero no se trata del miedo a la muerte, sino del cómo será el proceso mismo de morir, lo extenso del mismo y el sufrimiento asociado a este, por lo que surgen preguntas como:

“Pero, ¿qué clase de vida hay en soportar una larga agonía? ¿Acaso hay alguien que quiera consumirse entre los suplicios, y morir miembro a miembro y entregar tantas veces la vida, gota a gota, antes de morir de una sola vez? Acaso se encuentra a quien, llevado a este triste leño, ya desfallecido, deforme y agotado por un repugnante tumor entre la espalda y el pecho, habiendo tenido por cierto muchas ocasiones de morir antes de la cruz, que tenga el ánimo de prolongar la vida, fuente de tantos tormentos” (Seneca citado por Ramaciotti, 2020: 109).

Es un hecho de la vida que las enfermedades siempre estarán presentes y algunas de ellas concluyen con la muerte, como es el caso de las enfermedades crónicas o degenerativas. Según los filósofos estoicos, cada uno tiene el poder y la capacidad de decidir si atravesamos esa puerta o no. Si la situación es insoportable, entonces nuestro juicio determinará si ha llegado el momento de atravesarla o si

³ Los hombres se ven perturbados no por las cosas, sino por las opiniones sobre las cosas. Como la muerte, que no es nada terrible-pues entonces también se lo habría parecido a Sócrates-sino la opinión sobre la muerte, la de que es algo terrible; eso es lo terrible. (Epicteto, 2019: 16).

debemos quedarnos y seguir luchando. Para estos filósofos, al igual que la muerte da sentido a la vida, la posibilidad de abandonar la vida voluntariamente nos ofrece el valor para hacer lo correcto en condiciones que pueden resultar insoportables.

6. El duelo y la fugacidad de las cosas

Cuanto más luchamos contra nuestra necesidad, más fuerte hacemos el nudo y peor es con nosotros. Y cuanto más aletea y revolotea el pájaro en la trampa, más firmemente queda atrapado. De modo que la mejor solución es someterse y quedarse quieto, bajo esta doble consideración; que los procedimientos de Dios son incuestionables y que no hay que resistirse a sus mandamientos (Frances & Hazlitt, 2013, pág. 31).

La enseñanza de la Stoa que deja este epígrafe es la de no aferrarnos a las cosas, incluso a toda la vida, ya que es efímera y puede terminar sin aviso previo, afectando a las personas que queremos. Epicteto nos aconseja que esto no implica una indiferencia o impasibilidad hacia nuestros seres queridos, sino todo lo contrario. “Debemos recordar constantemente lo precioso que son nuestros seres queridos precisamente porque pueden morir pronto” (citado por Pigliucci, 2018:134). La pérdida de un ser querido puede causar sufrimiento y conllevar un duelo, lo cual a veces nos puede impulsar a actuar de manera egoísta y a intentar prolongar su agonía. Sin embargo, es importante considerar que la tristeza se enfoca en cosas que no podemos cambiar y que la actitud correcta es aprender de la experiencia, en lugar de enfrascarnos en decisiones sobre aquello que no podemos alterar. En este caso, se sugiere cuidar y apreciar lo que se tiene. Como enseña Epicteto:

Si quieres que tus hijos y tu mujer y tus amigos vivan para siempre, eres bobo. Pues quieres que dependa de ti lo que no depende de ti y que lo ajeno sea tuyo. Así también, si quieres que el esclavo no se equivoque, eres tonto. Pues quieres que la maldad no sea maldad, sino otra cosa (Epicteto, 219: 20).

En este fragmento, Epicteto nos enseña que es mejor enfrentar las realidades de la vida, que incluyen, por cierto, a la muerte. Además, nos recuerda que nadie es de nuestra propiedad, por lo tanto, cuando muere un ser querido o un amigo

lejano, simplemente se va de viaje. Por ello, debemos disfrutar de la compañía y el amor de otras personas, y no desperdiciar el tiempo que tenemos junto a ellos.

Para los estoicos, el duelo es una aflicción con una potente emoción negativa, ya que, dada nuestra naturaleza como meros mortales, ciertas aflicciones son inevitables en el curso de la vida, como los temores, ansiedades, la ira, el miedo o la humillación. En este sentido, el objetivo de esta filosofía no era eliminar ni reprimir el duelo, sino enfrentarlo como una experiencia que debe ser vivida y que de lo contrario atenta contra la serenidad y, por ende, la virtud. La Stoa plantea técnicas para disminuirlo, ya sea mediante la visualización negativa o la comprensión misma de la naturaleza.

La visión estoica de la vida y la muerte resulta útil al momento de definir y comprender qué es la AET. El *Documento sobre adecuación del esfuerzo terapéutico del área de salud de León, España (2017)* (en adelante, DAET), lo define como "una actuación terapéutica proactiva que incluye añadir, modificar, no iniciar o retirar tratamientos de acuerdo con los objetivos terapéuticos del momento evolutivo del enfermo" (Grupo de trabajo y CEA del Área de Salud de León, 2017: 5). Esta definición considera solo la terapéutica, por lo que es más operacional que orientada a los fines, omitiendo las opiniones del paciente sobre la vida y la muerte, así como la deliberación en base a las preferencias del enfermo sobre cómo desea o deseaba morir.

En el libro de *Bioética Clínica (2014)*, en el capítulo referente a la limitación del esfuerzo terapéutico, se define a esta como:

Un proceso de deliberación compartida mediante diálogo, que podrá concretarse probablemente en acciones específicas, las cuales podemos agrupar de forma general en no iniciar o retirar tratamiento. Así hablamos de proceso, y no de decisión aislada, de adecuación y no de limitación, y de acuerdo y no de imposición (Hernando, Diestre & Baigorri, 2014: 400).

En esta segunda definición se enfatiza el diálogo al momento de decidir la adecuación como opción terapéutica, pero no pone el foco en los fines, en las ideas de vida y muerte. La deliberación está enfocada en determinar las acciones terapéuticas, no el fin de estas acciones, cuál es el buen morir. Con todo, se aprecia en la definición la promoción de una actuación terapéutica proactiva, que implica

una atención continua del paciente, un proceso, y no entender que, una vez adecuado, este pierde prioridad sobre los procedimientos y evaluaciones futuras.

En estas dos definiciones, se observa que el énfasis está puesto más en los procesos de la AET que en los fines de esta, que están relacionados con la percepción del propio paciente sobre la vida y la muerte. En palabras de Epicteto, habría que decir que la AET tiene que ver con la capacidad de decidir si nuestra obra debe llegar a su fin o no, y con la percepción que se tiene del proceso de fin de vida y la aceptación de la muerte. Una herramienta estoica para desarrollar esta capacidad y percepción es la visualización negativa, entendiendo la muerte como un proceso que no está bajo nuestro control, ya que obedece a las leyes naturales a las que todos estamos sujetos.

Otra aproximación conceptual a la AET puede plantearse a partir de las ideas de desproporción, inutilidad o futilidad:

Esta consiste en la retirada o no inicio de las terapias de soporte vital cuando estas se evalúan como desproporcionadas, inútiles o fútiles. Si se continuara con estas medidas (a largo plazo o en el inmediato, según el caso) lo único que lograría es mantener la vida biológica, pero sin ninguna posibilidad de recuperación funcional del paciente (Cuneo, 2016: 9).

La autora recién citada, en estas líneas, especifica que la adecuación no induce la muerte, sino que permite el tránsito hacia la muerte con dignidad, compasión y calidad en la atención. Esta tercera definición, si bien incluye conceptos en relación con la finalidad del tratamiento, excluye la voluntad del enfermo o la que manifestó a su familia. Tampoco menciona la deliberación entre el equipo médico y la familia sobre el cómo morir.

Una última aproximación conceptual que queremos analizar a la luz del estoicismo, si bien destaca los motivos por los cuales realizamos la adecuación, no determina los medios sobre los cuales se delibera (la terapéutica), lo que dificulta conectar las decisiones clínicas con la voluntad del paciente y su familia:

Al final de la vida, es necesario preparar al paciente, a su familia y al equipo asistencial para una buena muerte, definida por el instituto de medicina como una muerte libre de estrés y sufrimiento evitables para el paciente, la familia y sus cuidadores, de acuerdo con

los deseos del paciente y la familia y de forma razonable, consistente con los estándares éticos, culturales y clínicos (Pérez, 2016: 567).

La consideración de la percepción del paciente sobre la vida y la muerte, así como los tratamientos asociados para lograr el buen morir, junto con la adecuada deliberación de un proceso que es dinámico, claramente no están incluidas en conjunto en cada una de las definiciones antes expuestas. Para facilitar la comparación entre estas cuatro definiciones, a continuación, presentamos un cuadro con los elementos que incluyen o no incluyen.

Definición	Concepto estoico de la vida y la muerte	Aceptación del destino	Fugacidad de las cosas	Visualización negativa
“Una actuación terapéutica proactiva que incluye añadir, modificar, no iniciar o retirar tratamientos de acuerdo con los objetivos terapéuticos del momento evolutivo del enfermo” (DAET: 5)	No considera las percepciones del paciente sobre la vida y la muerte y cuál es su deseo sobre el bien morir.	Al hablar de momento evolutivo, podemos inferir aceptación del destino: el tránsito natural dentro del proceso de fin de vida.	No hay alusión al apego de la familia sobre la condición del paciente y la preparación en el proceso de adecuación a la luz de los postulados estoicos.	No hace alusión a la preparación o a la visión que el paciente o la familia posee sobre el proceso de fin de vida.
“Un proceso de deliberación compartida mediante diálogo, que podrá concretarse probablemente en acciones específicas, las cuales podemos agrupar de forma general en no iniciar o retirar tratamiento. Así hablamos de proceso, y no de decisión aislada, de adecuación y no de limitación, y de acuerdo y no de imposición” (Hernando, Diestre & Baigorri, 2014: 400).	No considera las percepciones del paciente sobre la vida y la muerte y cuál es su deseo sobre el bien morir.	No hace alusión alguna sobre la aceptación sobre el fin de vida.	No hay alusión al apego de la familia sobre la condición del paciente y la preparación en el proceso de adecuación a la luz de los postulados estoicos.	No hace alusión a la preparación que el paciente posee del proceso de fin de vida.
“Esta consiste en la retirada o no inicio de las terapias de soporte vital cuando estas se evalúan como	Alude al ciclo vital (vida/muerte) en sentido biológico, pero no incluye la	Se puede inferir la aceptación del destino, pues destaca que mantener medidas	No hay alusión al apego de la familia sobre la condición del paciente y la preparación en el	No hace alusión a la preparación o a la visión que el paciente o la

desproporcionadas, inútiles o fútiles. Si se continuara con estas medidas (a largo plazo o en el inmediato, según el caso), lo único que lograría es mantener la vida biológica, pero sin ninguna posibilidad de recuperación funcional del paciente" (Cuneo, 2016: 9).	vivencia del paciente, su opinión ni deliberación sobre sus preferencias sobre el buen morir.	solo alargan la vida biológica y disminuyen la calidad de vida del paciente, haciendo más tortuoso su tránsito hacia el fin de vida...	proceso de adecuación a la luz de los postulados estoicos.	familia posee sobre el proceso de fin de vida.
"Al final de la vida es necesario preparar al paciente, a su familia y al equipo asistencial para una buena muerte, definida por el instituto de medicina como una muerte libre de estrés y sufrimiento evitables para el paciente, la familia y sus cuidadores; de acuerdo con los deseos del paciente y la familia y de forma razonable consistente con los estándares éticos, culturales y clínicos (Pérez, 2016:567)."	Alude a la muerte como parte del proceso vital, al considerar los estándares éticos, culturales y clínicos del buen morir. Tiene en cuenta los deseos del paciente y la opinión de la familia en el proceso de fin de vida.	Acepta el ciclo natural del proceso del morir, pues enfatiza que el buen morir debe estar libre de estrés y sufrimiento, y se debe preparar a la familia ante lo inevitable.	No hay alusión al apego de la familia sobre la condición del paciente, pero sí menciona la preparación en el proceso de adecuación.	Al referirse a la preparación del paciente, su familia y el equipo médico para una buena muerte, se puede conectar con la visualización negativa, orientada a evitar el sufrimiento para todos los actores del proceso.

Considerar estos cuatro elementos estoicos para analizar las definiciones nos permite no solo comprender el enfoque conceptual del proceso de adecuar, sino también reenfocar este proceso a su bien interno: permitir el tránsito de la vida hacia la muerte con dignidad y respeto.

Por lo antes dicho, es fundamental para poder comprender el concepto de adecuación que este incluya no solo la parte operacional del mismo, sino también los fines y los motivos de por qué debe ser realizada. La ambigüedad de estas definiciones puede conducir a confusión dentro del personal clínico, pues, como muestra la evidencia del siguiente estudio:

En el caso de los profesionales médicos, la emergencia del problema ético en la práctica clínica está vinculada con cuatro puntos específicos; la instauración o retiro de tratamiento,

la dimensión emocional, la confusión del concepto y la evolución de los pacientes que se encuentran hospitalizados en unidades clínicas. (Paredes, 2012: 167).

A la deficiente comprensión de la definición de la AET, se suma la dificultad acerca del momento en que esta debe ser aplicada y qué medidas terapéuticas son las más apropiadas. En el mismo estudio antes citado, se señala sobre este punto:

Para los profesionales de enfermería, los problemas éticos se originan fundamentalmente por la falta de toma de decisiones de los profesionales médicos y el desacuerdo que existe entre los equipos tratantes. Estos profesionales reconocen que la práctica de la limitación debe ser ejercida en aquellos pacientes que poseen el criterio de irrecuperabilidad, pero en ocasiones los profesionales médicos escapan un poco de estos criterios y extreman medidas, las cuales caen en la obstinación terapéutica. La retirada de tratamiento crea mayor dificultad; se percibe como una situación muy complicada, pero principalmente porque para los médicos es difícil reconocer cuando parar con los tratamientos instalados” (Paredes, 2012: 167).

La falta de claridad conceptual hace que la aplicación de la AET pierda su sentido, cuando no se tienen en cuenta las percepciones del paciente acerca de la vida o la muerte, sus principios, valores y creencias. La confusión respecto del sentido de esta práctica puede llevar a un proceso mecanizado con objetivos terapéuticos poco claros, que solo buscan delimitar los procedimientos y que no benefician al paciente en el proceso de fin de vida. Así, pues, las terapias sin un fin claro solo prolongan el sufrimiento y dolor en aquellos pacientes en proceso de adecuación, más que ofrecer una muerte tranquila y en paz. Como destaca Carvajal:

Las decisiones de AET se enmarcan en el contexto de pacientes en los que los objetivos de tratamiento ya no son curativos, que se encuentran en fase final de su enfermedad y con un pronóstico de no recuperabilidad. En ellos, los tratamientos deben ir orientados a aliviar el dolor y el sufrimiento, a obtener el máximo confort y a no prolongar innecesariamente el proceso de morir, que trae consigo cargas y mayor sufrimiento (Carvajal, 2021: 174).

El análisis de los conceptos de AET antes expuestos a la luz del estoicismo nos conduce a otro concepto estoico que complementa el sentido sobre la correcta aplicación de la adecuación. Este concepto es la dicotomía del control, el cual podemos relacionar con las terapias empleadas en la adecuación.

CAPÍTULO II

LA DICOTOMÍA DEL CONTROL Y ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO

Hay cosas que dependen de nosotros y otras que no. De nosotros dependen las opiniones, los deseos, las inclinaciones y las aversiones. En otras palabras, todo lo nuestro. No dependen de nosotros el cuerpo, la riqueza, el prestigio, los altos cargos, es decir, todas las cosas que nos son ajenas (Epicteto, 2011).

En este epígrafe, el filósofo estoico nos quiere decir que hay cosas sobre las que no tenemos ningún control en absoluto y otras sobre las que tenemos un control total. Las cosas sobre las que tenemos control son básicamente opiniones, impulsos, deseos y aversiones. También poseemos el control sobre los objetivos que nos fijamos a nosotros mismos. Esto no significa que se controlen absolutamente, ya que alcanzar estos objetivos depende finalmente del destino mismo o las leyes de la naturaleza:

En consecuencia, una de las primeras lecciones de los estoicos consiste en concentrar nuestra atención y nuestros esfuerzos en lo que tenemos mayor poder y después dejar que el universo siga su propio camino. Esto ahorrará un montón de energía y un montón de preocupaciones (Pigliucci, 2018: 23).

Traducido a un caso práctico, el médico decide iniciar un tratamiento para un paciente grave y ha hecho todo lo que está en sus manos de acuerdo con su conocimiento para lograr el objetivo. Sin embargo, también debe aceptar la posibilidad de que esta terapia no tenga los resultados esperados, porque la recuperación del enfermo es nula o escasa y así luchar frente a la muerte inminente nunca estará bajo su control. Llevado este ejemplo al estoicismo, se puede explicar bajo los tres niveles de influencia en el contexto de lo anteriormente planteado.

- a) *Realizamos elecciones*: buscamos la mejoría del paciente con base en su estado crítico.
- b) *Seleccionamos los objetivos*: iniciamos o no terapia agresiva, dada la gravedad del paciente.
- c) *Los medios para lograrlo* son las acciones que realizamos para lograr estos objetivos, que en este caso pueden ser la volemización, medición estricta de

diuresis, drogas vasoactivas, antibióticos, intubación, por mencionar algunas.

Sin embargo, los estoicos nos recuerdan que existen factores que están totalmente fuera de nuestro control y en los que no podemos influir. En efecto, “no podemos cambiar el pasado porque está fuera de nuestro control. Podemos y debemos aprender de él, pero las únicas situaciones sobre las que podemos actuar son las que están ocurriendo aquí y ahora” (Massimo Pigliucci, 2018: 25). Precisamente, ese es el poder del estoicismo: la interiorización de la verdad básica de que podemos controlar nuestro comportamiento, pero no sus consecuencias, y mucho menos las consecuencias del comportamiento de otras personas. Esto lleva a la aceptación tranquila de lo que ocurre, con la seguridad de saber que se ha hecho todo lo posible teniendo en cuenta las circunstancias. Epicteto explica que el arrepentimiento de estas consecuencias es solo una pérdida de energía y atenta contra nuestra serenidad.

La dicotomía del control en la adecuación del esfuerzo terapéutico es fundamental, ya que no solo tiene relación con el aceptar qué acciones son controlables, sino también con el aceptar qué tratamiento es el adecuado para instaurar o retirar a un paciente en esta situación. Siempre se debe recordar que se enfrenta a personas vulnerables y frágiles, por lo que cada decisión puede no solo prolongar la vida inútilmente, sino que también puede influir negativamente en la propia decisión del paciente y en su dignidad. Dentro del contexto de la adecuación del tratamiento, es crucial comprender y analizar dos conceptos con el fin de evitar lo planteado anteriormente, utilizando la dicotomía del control: futilidad y proporcionalidad.

1. Futilidad

La definición de este concepto puede resultar confusa, pues su aplicación está relacionada con la incertidumbre del pronóstico, lo que dificulta distinguir entre lo inútil o desproporcionado de una terapia, intervención o procedimiento. La siguiente definición puede aclarar este punto:

"Es aquel acto médico cuya aplicación a un enfermo está desaconsejada porque es clínicamente ineficaz, no mejora el pronóstico, los síntomas o la enfermedad intercurrente, o porque previsiblemente produciría prejuicios morales, personales, familiares, económicos o sociales" (Cúneo, 2016: 31).

Una vez realizada la adecuación, esta debe basarse no solo en la condición del paciente, sino también en la predicción de su evolución y las metas terapéuticas, previo conocimiento de la historia clínica disponible del paciente. A esto se suma la entrevista que se realizará con la familia, la cual puede aportar conocimiento sobre los deseos o voluntades del paciente ante una determinada condición clínica. Esta medida orientará o sustentará qué conducta es la más adecuada para evitar la futilidad y caer en una obstinación terapéutica. Según Cúneo:

El pronóstico en el juicio de futilidad es muy importante porque debido a su valoración pueden ser calificadas como fútiles las medidas en la marcha de un tratamiento. La LET, como resultado de un proceso de valoración ponderada, e incluso colegiada entre diferentes profesionales, que evalúan el grado de futilidad de una determinada intervención médica, y que tiene en cuenta los deseos del paciente o sus representantes, es una buena práctica clínica. (Cúneo, 2016: 13).

Es importante realizar este proceso de valoración y ponderación, con base a los antecedentes del paciente, los objetivos y su evolución. Por lo tanto, para evitar que una terapia sea fútil, el juicio del tratante debe considerar el pronóstico del paciente según su condición clínica y todas aquellas indicaciones que puedan considerarse fútiles, incluyendo el retiro de medidas.

Al momento del juicio clínico es cuando la dicotomía adquiere pleno sentido para el equipo médico, pues como dice Epicteto: "algunas cosas dependen de nosotros y otras no dependen de nosotros" (citado por Irvine, 2022: 108). Esto permitirá establecer metas terapéuticas que eviten la futilidad, así como intervenciones que solo prolonguen lo inevitable y, por tanto, no tendrán resultados en la evolución del paciente, sino que solo dilatarán un proceso del cual ya se conoce el desenlace.

2. Proporcionalidad

El criterio de la proporcionalidad se basa en los posibles resultados que se pueden esperar con el tipo de terapia, el grado de dificultad, los posibles riesgos, teniendo en cuenta, además, la condición del enfermo y sus fuerzas físicas. Esto genera un conflicto entre la eficacia y la distribución equitativa de los recursos: La resolución de este conflicto permite evaluar si la aplicación de un procedimiento es proporcionada o desproporcionada para cada caso. La relación costo/beneficio estima la eficiencia de un procedimiento. El procedimiento más eficiente es aquel que aporta el máximo beneficio al menor costo. Asimismo, la aplicación de un procedimiento en cada caso concreto depende de su disponibilidad y de la responsabilidad de su ejecutor. Se sabe que, mientras más se invierte en prolongar la vida humana de quienes se encuentran en etapa de fin de vida, solo conseguimos prolongar el sufrimiento y el dolor ante un fin que sabemos estar próximo.

Una cuestión esencial en la LET es la proporcionalidad del tratamiento con relación a la futilidad. Efectivamente, el juicio de desproporcionalidad tiene lugar cuando los resultados (fines) perseguidos se entiende que son fútiles en comparación con los medios dispuestos (Hernando, Diestre & Baigorri, 2007: 131).

La reflexión anterior nos muestra lo difícil que es establecer diferencias entre estos dos juicios (futilidad y desproporción). Uno de los factores que lo complican tiene que ver con la incertidumbre del pronóstico, que hace complejo determinar lo desproporcionado de lo inútil o fútil de un acto médico. El juicio pronóstico se basa en el conocimiento de la enfermedad como tal y en la experiencia del médico. Sin embargo, a la hora de establecer el pronóstico bajo los juicios de futilidad y proporcionalidad, se debe considerar también la esperanza de vida, ya que entrega datos objetivos y nos proporciona una estimación del tiempo de supervivencia del paciente y la calidad de vida previa a la enfermedad o un cuadro agudo. Ambas son fundamentales a la hora de establecer las terapias que se entregarán en aquellos pacientes que se benefician de la adecuación del esfuerzo terapéutico.

Bajo la dicotomía del control, los resultados de las acciones nunca podrán ser dominados, ya que cada paciente es diferente y su respuesta a determinado tratamiento será distinta. La proporcionalidad y la futilidad se pueden orientar por la

práctica de la dicotomía del control, pues reconocer lo que podemos o no controlar permitirá al profesional actuar de una forma más humana, estableciendo medidas orientadas a alcanzar una buena muerte, sin sufrimiento y siguiendo un proceso natural dentro del ciclo vital, que es el fin de la adecuación del esfuerzo terapéutico. La dicotomía del control es un poderoso concepto que puede ser usado tanto al momento de decidir aplicar la adecuación como en la terapéutica o los cuidados, donde juega un papel crucial dentro de la adecuación misma.

3. La adecuación del esfuerzo terapéutico desde la dicotomía del control

Una mejor estrategia para conseguir lo que quieres, es decir, es convertir en tu objetivo todo aquello que puedes conseguir; e, idealmente, desear solo aquello que estás seguro de obtener (William B. Irvine).

La finalidad del estoicismo es mejorar la vida de cada persona que lo practica; en este sentido es una filosofía de vida. Actualmente, la terapia de los pacientes en fin de vida incluye no solo sedación terminal, sino también antibióticos de amplio espectro, anticoagulantes e hidratación, sin considerar los beneficios o contraindicaciones de este tratamiento.

Siguiendo los preceptos estoicos, la obstinación terapéutica sería negar la doctrina de la dicotomía del control y otros postulados de esta filosofía como la causalidad, las ideas de vida y muerte en un mismo proceso y vivir en unión con la naturaleza. Por estas razones, desde la visión estoica, se consideraría como una mala práctica que no beneficia al paciente. Además, valorar el riesgo-beneficio de los tratamientos forma parte de la *Lex Artis* y es congruente con un uso responsable de los recursos terapéuticos disponibles, los cuales siempre son limitados.

Por este motivo, los conceptos de futilidad y desproporcionalidad son importantes, pues es esencial tener presente el objetivo terapéutico que se desea alcanzar. Al no tener claro los fines que se desean en cada paciente y al no tener claro en qué puedo influir, el médico puede actuar compulsivamente en orden a solucionar cada nueva complicación que se va presentando, provocando decisiones desconectadas con el objetivo final.

En relación con lo anterior, es importante recordar los fines de la medicina establecidos por Daniel Callahan, con el fin de establecer metas terapéuticas y los mejores cuidados: 1) La prevención de la enfermedad y las lesiones y la promoción y mantenimiento de la salud. 2) Alivio del dolor y sufrimiento causado por la enfermedad y las dolencias. 3) La asistencia y curación de los enfermos y el cuidado de los que no pueden ser curados. 4) Evitar la muerte prematura y velar por una muerte en paz (Atienza, 2020:3)

En el caso de la adecuación, debemos enfatizar en los puntos 2 y 4 de estos fines. Al respecto, Alonso y Mora comentan:

Claramente, estos fines de la medicina ponen especial énfasis en el tratamiento sintomático de las enfermedades y en la aceptación de la muerte como destino de todos los seres humanos. La medicina ha de considerar como prioridad la creación de unas circunstancias clínicas que favorezcan una muerte en paz. Una muerte en paz puede definirse como aquella en la que el dolor y el sufrimiento se reduzcan mediante unos cuidados paliativos adecuados, en la que el paciente nunca se le abandone ni descuide y en la que los cuidados se consideren igual de importantes para los que no vayan a sobrevivir como para los que sí. (Alonso & Mora, 2015: 5).

Según estos autores, es necesario proporcionarle al paciente una muerte en paz e íntima, silenciosa, apacible, sencilla, consciente, sin soledad, junto a sus seres queridos, con el consuelo de la fe en los creyentes, en paz consigo mismo y con todo lo humano. Considera también que dicha muerte sea en su momento, sin adelantarla ni alargarla con actitudes agresivas y desproporcionadas, aceptando como profesional que la muerte es un proceso natural dentro de la misma vida. De esta manera, se ayuda al enfermo y a su familia a disminuir la angustia del proceso, a comprender su significado como parte de la naturaleza, a valorar el tiempo y a convertirla en un hecho trascendente para la vida, teniendo en cuenta las voluntades anticipadas, si existieran. Es lo que, dentro de las máximas estoicas, se denomina la aceptación de los acontecimientos difíciles, como la enfermedad, así como el papel del destino en la misma. En este punto recae el poder de la dicotomía del control, que no solo permite cambiar nuestra actitud frente a los diferentes eventos a los cuales nos enfrentamos, sino que también trae tranquilidad interior, evitando la frustración y logrando la serenidad a la cual aspiran los estoicos. Para evitar caer en malas prácticas, es necesario establecer las metas terapéuticas, incorporando

en la toma de decisiones al paciente y sus voluntades como dueño de su destino, lo que incluye sus propias ideas sobre la vida y la muerte, el uso de la visualización negativa, entre otras técnicas estoicas. En el contexto de la adecuación, dos temas generan debate al momento de adecuar a un paciente: el tratamiento antibiótico y la hidratación.

4. Tratamiento antibiótico

Si bien los antibióticos permiten tratar muchas infecciones en pacientes con comorbilidades al final de la vida, el objetivo debe estar más orientado a disminuir la sintomatología que a buscar beneficios terapéuticos. En un estudio observacional realizado en 2009 por Alonso y Mora, se siguió la evolución de pacientes con diferentes cuadros de demencia muy avanzada que fueron tratados con antibióticos, pero sin tratar los otros síntomas asociados:

Mientras se trataban estos episodios de forma agresiva, sin alterar el curso de las enfermedades, apenas se tomaban medidas para controlar la sintomatología que presentaban los pacientes. Claramente el enfoque era un intento de curar las complicaciones más que de proporcionar confort al paciente (Alonso & Mora, 2015: 7).

Los cuidadores a cargo de los pacientes solicitaron medidas menos agresivas que no descuidaran la sintomatología por sobre las complicaciones causadas por la enfermedad. En este mismo trabajo, se hace referencia a un estudio realizado en una residencia de ancianos en Massachusetts, que incluía más de 300 pacientes con demencia avanzada. Los efectos sobre la supervivencia y calidad de vida se medían a través del control de síntomas. Este estudio citado demostró que los pacientes tratados con antibióticos tuvieron una supervivencia más prolongada, pero con peor control sintomático.

Estos hallazgos destacan la importancia de considerar no solo la prolongación de la vida, sino también el control de los síntomas y la calidad de vida en pacientes con demencia avanzada. Los cuidados paliativos y la atención centrada en el paciente son fundamentales en este contexto, ya que buscan aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida en situaciones donde la prolongación de la vida puede

implicar un empeoramiento de los síntomas. En efecto, los pacientes vivían más tiempo, pero enfrentaban mayores complicaciones y su calidad de vida empeoraba dramáticamente.

Por un lado, está claro que tendemos a sobrevalorar los efectos del tratamiento con antibióticos en pacientes al final de vida. Pero, por otra parte, tendemos a considerar los antimicrobianos como fármacos inocuos, y esto no es así, especialmente entre pacientes frágiles (Alonso & Mora, 2015: 8).

El equipo tratante tiene la misión de establecer el objetivo, siempre con los principios de proporcionalidad y futilidad, logrando metas terapéuticas claras y teniendo como fin el confort, la tranquilidad, el alivio del dolor y los cuidados necesarios desde el punto de vista de enfermería. En el caso de indicar tratamientos antibióticos para controlar infecciones, debe evaluarse el real riesgo/beneficio de estos, especialmente si el paciente está en fin de vida, y no priorizar esta medida por sobre el confort de los pacientes. Pues el indicar antibióticos de amplio espectro o iniciar terapias agresivas, priorizando estas medidas por sobre otras, se contraponen con la esencia misma de la dicotomía del control, ya que no estamos reconociendo lo que está bajo nuestro control y lo que no lo está. En este contexto, es importante considerar otros conceptos estoicos, como el poder de la naturaleza, el destino y las preferencias del paciente con respecto al control sintomático o la prolongación de su existencia, así como su percepción del proceso de fin de vida y cómo desea enfrentarlo.

Los autores recién citados proponen cuatro pasos para ayudar en la toma de decisiones sobre los cuidados al final de vida de los pacientes, que pueden ser leídos a la luz de los cánones estoicos.

a) **Valorar la situación basal del paciente y el pronóstico de la enfermedad.**

No existe diferencia a la hora de indicar un tratamiento antibiótico entre pacientes recién diagnosticados con una enfermedad progresiva e incurable y aquellos que se encuentran al final de vida. Lo importante es realizar pronósticos que permitan definir bien los objetivos de los cuidados y el mejor lugar para llevarlos a cabo:

Por tanto, necesitamos establecer un pronóstico que nos permita definir los objetivos de cuidados y el mejor lugar para llevarlos a cabo. La propia elaboración del pronóstico nos exige una valoración integral de nuestros pacientes. Cada vez somos capaces de realizar pronósticos más acertados, siempre tendremos un cierto grado de inseguridad, pero no considerar el pronóstico aumenta la incertidumbre de nuestras decisiones” (Alberto Alonso y Marta Mora, 2015: 10).

La adecuada planificación de la antibioterapia se debe realizar teniendo presente la dicotomía del control y los resultados basados en las causas-efectos, con miras a brindar el mejor confort al paciente.

- b) **Tomar decisiones centradas en el paciente.** Es crucial tener una conversación clara con el paciente y/o su familia para informar sobre el pronóstico y objetivo del tratamiento, con el fin de aclarar los deseos del paciente o respetar sus voluntades anticipadas, si existieran. Sin esta información, las decisiones serán siempre sesgadas y paternalistas. Respetar la voluntad del paciente en lenguaje estoico significa respetar al autor de esta obra que llamamos vida, pues cada persona debe decidir libremente su fin y este fin, como enseña esta filosofía, debe ser según los principios y valores que el autor de la obra encarna.
- c) **Definir los objetivos del tratamiento.** Definir los objetivos del tratamiento permite evaluar la congruencia con el resto de las indicaciones y establecer criterios para evaluar la eficacia de estos. Es fundamental establecer criterios objetivos previamente establecidos para poder determinar el retiro de alguna indicación de manera adecuada.
- d) **Cumplir la toma de decisiones.** Al definir el retiro o suspensión de alguna indicación, es crucial considerar al resto del equipo, ya que esto promueve la reflexión y la deliberación conjunta de los tratamientos, así como, también, involucrar a los familiares. No se debe ignorar la opinión de los demás, ya que la sabiduría no solo reside en uno mismo, sino también en la opinión y percepción que cada miembro del equipo de salud puede aportar, buscando la mejor opción terapéutica para el paciente.

5. Hidratación y nutrición

Otra de las indicaciones que genera discusión dentro de la bioética es la decisión de hidratar por vía endovenosa a un paciente en fin de vida. Es una medida que debe ser evaluada caso a caso, deliberando si es una buena o mala indicación. Dada la falta de evidencia sobre el manejo de la hidratación parenteral en pacientes terminales, se genera una gran incertidumbre entre los profesionales sanitarios:

[...] la indicación de hidratación artificial en pacientes terminales es un tema controversial y la limitada evidencia clínica disponible deja de manifiesto una clara necesidad de mayor investigación en esta área” (Palma, Said & Taboada, 2011: 1233)

Dentro de nuestra revisión bibliográfica sobre este tema, se observa que es un aspecto dentro de la AET que aún falta por investigar más. Dentro de los estudios revisados, se encuentra un estudio retrospectivo que evaluó la experiencia de 102 enfermeras que participaron en la atención de pacientes terminales que decidieron de forma voluntaria rechazar ingerir líquidos y nutrientes.

La sobrevida de estos pacientes fue de 10 a 7 días y el 85% falleció en un plazo de 15 días. Estos datos sugieren que, si la sobrevida estimada de un paciente terminal es superior a dos semanas, la omisión de la hidratación podría causar su muerte anticipada, lo que se podría interpretar como una violación al deber moral de preservar la vida y respetar la muerte” (Palma, Said & Taboada, 2011: 1230).

Los estudios citados muestran que, en la práctica, los profesionales de la salud no paliativistas tienen la creencia de que estas medidas están orientadas siempre al alivio de los síntomas presentes en fases próximas a la muerte y entendidos como cuidados mínimos para este tipo de pacientes. Aunque no se puede citar evidencia clínica de la frecuencia de esta práctica, es una indicación usual dentro de las medidas terapéuticas en pacientes terminales.

También, la nutrición artificial es debatida en el contexto de los cuidados considerados básicos en los pacientes en fin de vida. Algunos afirman que es necesaria si el paciente no puede alimentarse por sus propios medios, lo que justificaría la instalación de sondas nasogástricas o gastrostomías, o la alimentación artificial por vía parenteral. Sin embargo, en el caso de enfermedades progresivas

e irreversibles, estas medidas pueden prolongar el sufrimiento y la agonía, constituyendo obstinación terapéutica.

[...] cuando la enfermedad es progresiva e irreversible, las desventajas de la alimentación artificial superan a los beneficios siempre que sea necesario el uso de medios de restricción física, violando estas los fundamentos básicos de los cuidados humanitarios y la dignidad del enfermo. Estas medidas restrictivas deben usarse solo cuando la alimentación por sonda nasogástrica sea imprescindible para el sostén de la vida durante una enfermedad aguda y reversible, no para dicho sostén en casos irreversibles y con nula posición de recuperabilidad de la enfermedad o la consecución de la independencia alimentaria (Hortelano, Azulay & Castillo, 2002: 280).

Si miramos la hidratación y nutrición artificial desde la perspectiva estoica, estas intervenciones no modifican el hecho del fin de vida ni contribuyen siempre a mejorar el estado del paciente. La doctrina estoica afirma que solo podemos controlar nuestros juicios, impulsos y deseos. Pero no podemos modificar el resultado de un acontecimiento dadas las causas que lo determinan, según el principio de causa-efecto. Por lo mismo, es una decisión que debe ser evaluada en cada paciente según su estado y no pretender que sea una terapia universal válida en todo paciente en fin de vida, porque oponerse al destino y al fin natural puede conllevar más consecuencias negativas que positivas.

Como señalamos antes, estas intervenciones al final de la vida generan debate y posiciones contrapuestas. Respecto de la hidratación al final de la vida, un estudio dedicado a la hidratación parenteral al final de la vida señala:

[...] uno de los principales debates en el ámbito de los cuidados paliativos en las últimas décadas. Si parte de la literatura considera la necesidad de la hidratación parenteral para evitar que los pacientes puedan sufrir síntomas relacionados con la deshidratación, tales como alucinaciones, mioclonías, fatiga y sedación. También existe la opinión de que esta puede suponer una iatrogenia produciendo síntomas secundarios, como son edemas periféricos de pulmón, secreciones bronquiales, dolor o eritema en el lugar de infusión (Benedito, 2018: 6).

Un artículo, antes citado, confirma también lo controversial del tema: “la indicación de hidratación artificial en pacientes terminales es un tema controversial y la limitada evidencia clínica disponible deja clara la necesidad de mayor investigación en esta área” (Palma, Said & Taboada, 2011:1233). Estas autoras incluyen en su artículo la evidencia que arrojaron algunos estudios. El primero de

ellos fue un estudio retrospectivo realizado por Bruera el año 2005 con 203 pacientes de unidades de cuidados paliativos, los cuales recibieron hidratación subcutánea en promedio de 135 ml/día, utilizando suero fisiológico o glucosalino. Uno de los resultados observados fue que ninguno de los pacientes requirió suspensión de la hidratación por acumulación de fluidos. El otro estudio considerado fue uno prospectivo observacional que evaluó los signos clínicos de acumulación de fluidos durante las últimas tres semanas de vida de 226 pacientes terminales portadores de neoplasias intraabdominales. Los pacientes hidratados (N=59) recibieron entre 838 y 1404 ml/día de suero, además de la ingesta oral, comparados con los no hidratados (n=167), quienes recibieron menos de 1000 ml de volumen diario total (200 ml/día promedio). No se especificó el tipo de solución aportada. El resultado fue que “en el grupo hidratado se observó mayor progresión de edema periférico (44% vs 29%), ascitis (29% vs 8,4%), y derrame pleural (15% vs 5,4%), en comparación con el grupo sin hidratación” (Palma, Said & Taboada, 2011:1231).

Este es uno de los debates permanentes dentro del ámbito de los cuidados de los pacientes en fin de vida, en el que se identifican dos posturas opuestas: aquellas que los consideran parte fundamental de los cuidados y una forma de evitar síntomas asociados a la deshidratación; y aquellas que consideran que estos cuidados pueden llegar a ser iatrogénicos porque pueden producir edemas periféricos, aumento de las secreciones bronquiales, dolor y eritema.

Si la hidratación o alimentación en esta fase puede responder más a un valor simbólico que a cuidados esenciales al final de vida, es importante considerar la opinión del paciente y su familia sobre la base de la información entregada. Si el paciente y/o su familia no se incorporan en la toma de decisiones, la intervención puede ser maleficiente, por no respetar las decisiones autónomas o subrogadas y por aumentar el sufrimiento asociado a la sobrehidratación.

La opinión de los pacientes y familiares en relación con este tema ha sido escasamente investigada; sin embargo, algunos estudios han demostrado que frecuentemente pacientes/familiares no son incluidos en la toma de decisiones (Palma, Said & Taboada, 2011:1232).

Es importante tener en cuenta que, al momento de considerar la voluntad del paciente o sus representantes en la decisión de hidratación o alimentación artificial en situaciones de adecuación de esfuerzo terapéutico, el paciente puede estar:

- a) Con plenas facultades mentales, y expresar libremente sus deseos al médico, habiendo sido previamente informado.
- b) Con compromiso de conciencia, por lo que en el momento no puede expresar su voluntad, pero el médico cuenta con las instrucciones o voluntades anticipadas del paciente, compartidas por algún familiar, amigo o incluso el mismo tratante, de manera verbal o por escrito.
- c) Con compromiso de conciencia, por lo que en el momento no puede expresar su voluntad, pero el médico no cuenta con instrucciones o voluntades anticipadas sobre sus preferencias; en este caso el representante o familiar que esté a su cuidado es quien expresa lo que sabe acerca de los deseos y valores del enfermo.

Desde la mirada estoica, es fundamental entender que la hidratación y la nutrición en el fin de vida no solo desde la dicotomía del control, también hay reconocer a cada persona con una historia u obra independiente y única. Por tanto, estas medidas deben ser aplicadas caso a caso, pues cada paciente en su condición de fin de vida es diferente. Si no damos cabida a esta idea, desconocemos la esencia misma de la dicotomía del control.

Hay otros conceptos de la Stoa que también entran en juego en estas indicaciones. Para Séneca, cada día de la vida se vive como si fuera el último. La importancia de esta frase radica en el hecho de que debemos vivir plenamente, en armonía con lo natural, sin perder de vista lo valioso del tiempo. Si el destino nos ofrece la oportunidad de conocer la fecha del fin, se debe planificar y organizar ese tiempo como es debido, asegurando no perder ni un solo instante de él. No se debe tener miedo a la muerte, pues, así como todo inicia, todo termina, es parte del proceso natural.

Otro de los conceptos importantes de la Stoa para tener en cuenta en este punto es la visualización negativa. A través de esta técnica, el paciente puede prepararse para enfrentar los peores escenarios, lo que favorece valorar el tiempo, el disfrute

de la familia o de los beneficios de la naturaleza, la resolución de situaciones pendientes o alcanzar una conexión espiritual que permita alcanzar la paz antes del final de la vida. La importancia, por lo tanto, no radica en dilatar o prolongar el proceso con terapias que van en contra del proceso natural del morir, sino en reconocer que es imposible dominarla o controlarla.

6. Sedación Terminal

Morir más pronto o más tarde no es la cuestión; morir bien o mal esa es la cuestión; pero morir bien supone evitar el riesgo de vivir mal.
(Gil Bera, 2002: 94)

La sedación terminal se define como el uso de medicamentos para inducir un estado de disminución de la conciencia en el paciente que está muriendo, con el fin de aliviar el sufrimiento en la fase final de su vida⁴.

Es importante destacar que esta medida no va en contra de la dicotomía del control, ya que no busca oponerse a la fase final, sino más bien minimizar los síntomas y disminuir el sufrimiento tanto del paciente como de la familia. Es necesario distinguir las etapas de la fase terminal, entre la fase preagónica, que consiste en el fallo de una o más funciones vitales, y la fase agónica, que es el momento previo a la muerte. Esta última fase es irreversible y en ella aparecen los primeros síntomas de descerebración y la alteración de las funciones neurovegetativas. La duración es variable y puede ser de horas o incluso días. En esta fase es donde se producen los llamados síntomas refractarios, los cuales son muy difíciles de controlar adecuadamente. Entre los síntomas refractarios se encuentran el delirio, la agitación, el dolor, la dificultad respiratoria, las náuseas y/o vómitos incontrolados y hemorragia masiva, entre otros. Además, debemos considerar otros síntomas relacionados a esta etapa, como es el sufrimiento espiritual: "según algunos médicos paliativistas, se debe incluir entre las

⁴ Según Azulay, la sedación terminal es "la administración de fármacos para producir una disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte está próxima, con la intención de aliviar un sufrimiento físico y/o psicológico inalcanzable con otras medidas y con el consentimiento explícito, implícito o delegado del paciente (Azulay, 2003: 50)."

indicaciones de la sedación paliativa o en la terminal los síntomas psicoespirituales, como por ejemplo el sufrimiento espiritual que experimentan los pacientes cuando la muerte se aproxima” (Pérez, 2017: 536), pues el proceso de fin de vida es un proceso complejo y siempre debe ser visto y tratado de forma holística.

El estudio de Azulay aporta información relevante respecto de la sedación terminal que es importante considerar al momento de la deliberación ética sobre los pacientes en la fase terminal de la vida:

1. Que es una práctica habitual en las unidades de cuidados paliativos, aunque existe una variabilidad importante en lo que se refiere a su uso. Según varios análisis, del 16 al 52% de los enfermos oncológicos atendidos en unidades especializadas, fallecen bajo los efectos de una sedación.
2. La media de supervivencia de los pacientes, una vez iniciada la sedación, fue de 2 a 4 días, variando entre 1 a 3 y 3 a 9 días, según los trabajos revisados (Azulay, 2003: 50).

La administración de la sedación debe ser progresiva y el fármaco elegido para realizarla debe responder a una titulación en respuesta a la sintomatología del paciente. Además, debe aumentarse gradualmente hasta lograr el objetivo de aliviar el sufrimiento. Sin embargo, a medida que se van aumentando estas dosis o se empiezan a administrar fármacos más potentes para controlar la situación, surgen dudas y temores con respecto al tema.

Debido a que la sedación terminal puede conducir a la muerte del paciente, deben considerarse las intenciones de la acción y los efectos. Es aquí donde entra en juego la doctrina del doble efecto:

La doctrina del doble efecto se plantea ante la siguiente cuestión: ¿es lícito realizar una acción en la que, además de conseguirse un efecto bueno, se consigue también un efecto malo? Esta incertidumbre paraliza la decisión del sujeto, ya que el efecto bueno impulsa a realizar la acción y el efecto malo a no realizarla, atendiendo al principio ético de *“bonum faciendum et malum vitandum”* (hacer lo bueno y evitar lo malo). (Azulay, 2003: 50).

Según la doctrina del doble efecto, las acciones suelen tener uno o más efectos y entre estos pueden coexistir los positivos con los negativos. Una acción que produce más de una consecuencia se valora de acuerdo con el fin principal de esta. Es moralmente buena, si el efecto principal es positivo, aunque de manera indirecta se produzca algún efecto negativo que la voluntad no busca o desea. En este caso,

la acción principal persigue aliviar el sufrimiento intenso y los efectos no deseados son la debilidad extrema, imposibilidad para la ingesta, disminución del nivel de conciencia, depresión respiratoria, hipotensión y, en definitiva, un previsible acortamiento de la vida.

Si consideramos esta medida, dentro de los cánones del estoicismo, no va en contra de ninguno de sus principios, pues acepta el proceso natural de la muerte y sigue el principio de causa y efecto. Es preciso fomentar el uso de esta medida y protocolizarla, pues, junto con el confort y los cuidados de fin de vida, son fundamentales para una correcta AET. También es importante contemplar las opiniones del resto de profesionales que participan en la atención del enfermo. El hecho de que la sedación terminal esté correctamente indicada no implica una ausencia de conflictos éticos.

7. Síntesis: ¿Cuál debería ser la atención adecuada para los pacientes en proceso de fin de vida bajo la mirada de la doctrina estoica?

Desde la mirada estoica, el proceso de morir debe manejarse esencialmente entendiendo que la muerte no es posible de controlar. Es importante establecer medidas de analgesia, sedación y confort, así como fomentar la visualización negativa, invitando a los familiares a aprovechar el tiempo que poseen con el enfermo en sus últimos días. Además, es crucial mantener al paciente en un estado de aseo adecuado que no denote abandono. El cuidado del paciente, tanto por el médico como por la enfermera de turno, es lo que más satisface y reconforta a la familia. Las voluntades del paciente y su familia también deben ser consideradas, incluyendo el deber de informar y respetar la capacidad de decisión del enfermo o de quienes lo representen, ya que cada persona es libre de decidir cómo debe terminar su vida. El equipo médico en sus decisiones debe tener presente la dicotomía del control en las indicaciones orientadas al buen morir y fijar objetivos terapéuticos para el logro de estos.

Algunas medidas básicas en la atención de los pacientes que han recibido adecuación (Soto, 2012) pueden interpretarse a la luz de patrones estoicos, distinguiendo entre paciente, familia y el equipo médico.

Cuidados orientados	Medidas establecidas	Mirada estoica
Al paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar su confort, aliviar el dolor y síntomas asociados. • Aliviar sus cargas psicológicas y asegurar el acompañamiento espiritual. • Asegurar que el paciente viva tan activamente como le sea posible. • Reforzar su relación con sus seres queridos. • Procurar no acelerar ni posponer la muerte, considerada como un proceso normal, afirmando la vida. 	Desde la visión estoica, estas medidas se relacionan con la dicotomía del control, la visualización negativa y los designios del destino como brújula en la vida.
A la familia	<ul style="list-style-type: none"> • Permitir estar con el paciente y sentirse útil, participando en los cuidados según deseen. • Asegúrales confort del paciente y mantenerles informados de la evolución y su inminencia de la muerte. • Facilitarles manifestar sus emociones y que reciban el soporte de sus familiares. 	Parte fundamental de la dicotomía del control es reconocer lo que podemos modificar; asimismo, aprovechar el tiempo y comprender lo fugaz de las cosas.
Del equipo clínico	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar la idea de que el cuidado excelente al final de vida es una prioridad asistencial. • Mantener las competencias en cuidados paliativos e implicarse personalmente en los cuidados al final de vida. • Facilitar la comunicación y cooperación del equipo clínico, dando la oportunidad de afrontar el duelo y manifestar los sentimientos. 	Los criterios de proporcionalidad y futilidad deben ser entendidos como parte de la dicotomía del control y deben ser potenciados con otras medidas como la visualización o la fugacidad de las cosas.

(Soto, 2012)

CAPÍTULO III

LAS CUATRO VIRTUDES ESTOICAS Y LOS CRITERIOS DE LA ADECUACIÓN DE ESFUERZO TERAPÉUTICO

El reconocimiento adecuado del proceso de fin de vida no es fácil muchas veces para los médicos tratantes:

Estos profesionales reconocen que la práctica de la limitación debe ser ejercida en aquellos pacientes que poseen criterios de irrecuperabilidad, pero en ocasiones los profesionales médicos escapan un poco de estos criterios y extreman medidas con el fin de derrotar la muerte, cuando lo que deberían hacer es darle paso y dejar que el proceso ocurra en las mejores condiciones posibles. (Paredes, 2012: 167)

Al revisar la literatura, los criterios de dignidad, equidad y beneficencia que se proponen para ejecutar de manera correcta la AET se pueden correlacionar con algunos de los cánones estoicos desarrollados en la doctrina de las virtudes. Los estoicos definieron cuatro virtudes, que provienen de la filosofía socrática y que se reconducen todas ellas a la virtud de la sabiduría. Según Sócrates, esta es la única capacidad humana que es buena en todo momento, pues las otras pueden abandonarse si cambian las circunstancias. Los estoicos siguieron la clasificación de Sócrates de los aspectos de la virtud, que corresponde a rasgos de carácter estrechamente relacionados: la sabiduría (práctica), valor, templanza y justicia (Pigliucci, 2018: 63).

La sabiduría práctica nos permite tomar las mejores decisiones que nos conducen a la *eudaimonia*, la mejor vida, según cada virtud. El valor se refiere a la capacidad para enfrentar la adversidad. La templanza es la virtud que nos permite controlar nuestros deseos y, por ende, nuestras acciones, evitando cometer excesos. La justicia es tratar a todos los seres humanos, sin importar su situación en la vida, con respeto y ecuanimidad. Los estoicos relacionaron estas cuatro virtudes con tres disciplinas: deseo, acción y consentimiento.

- a) **La disciplina del deseo**, también conocida como *aceptación estoica*, nos indica qué es y qué no es adecuado desear. La aceptación, a su vez, está

relacionada con el hecho de que algunas cosas están en nuestro poder y otras no. Para lograr esta distinción, es crucial nuestra comprensión de cómo funciona el mundo, ya que si entendemos la naturaleza (física), cometeremos menos errores al distinguir qué somos capaces de controlar y qué no. Dos de las cuatro virtudes estoicas son adecuadas para regular el deseo: el valor (enfrentarse a los hechos y actuar en consecuencia) y la templanza (refrenar nuestro deseo y lograr que se limite en función de lo que se consigue).

- b) **La disciplina de la acción**, conocida como *filantropía estoica*, se define como la preocupación por el otro. Nos indica cómo debemos comportarnos con los demás y se logra mediante el estudio y la comprensión de la ética, es decir, cómo vivir nuestra vida, y se fundamenta en la virtud de la justicia.
- c) **La disciplina del consentimiento** (o *conciencia estoica*) nos indica cómo enfrentarnos a diferentes situaciones, en el sentido de dar o retirar nuestro asentimiento a la impresión inicial de una situación. Esta situación se resuelve mediante la lógica (lo que es o no razonable pensar) y es fortalecida por la virtud de la sabiduría práctica.

Para los estoicos, las virtudes deben cumplirse a cabalidad, pues cada una es un complemento de la otra. No se es virtuoso si se posee sabiduría, pero se carece de justicia, templanza y valor. Para los estoicos, la virtud es un concepto de todo o nada, ya que las virtudes no se pueden practicar de manera independiente:

Los estoicos nos dicen que si controlamos nuestra percepción encontraremos claridad mental. Si nuestras acciones son correctas y justas, encontraremos sabiduría y la perspectiva de enfrentar cualquier obstáculo que se nos presente. También creían que, al practicar estas disciplinas, así como al instruirlos a sus conciudadanos, podrían cultivar la resiliencia, la determinación e incluso la alegría. (Holiday & Hanselman, 2016: 16_17)

En los criterios, la adecuación del esfuerzo terapéutico, las virtudes y sus diferentes disciplinas se manifiestan de varios modos. Si bien las cuatro virtudes pueden manifestarse en todo el proceso de adecuación, es en la aplicación de los criterios de adecuación donde se aprecian con mayor claridad. La decisión de determinar qué pacientes se benefician de la adecuación es difícil. Con el uso de

las virtudes: sabiduría (con su práctica tomamos las decisiones que tienen como finalidad lograr la felicidad), valor (enfocado en la capacidad para actuar frente a la adversidad o el fin de vida), justicia (en tratar al enfermo y su familia con dignidad y ecuanimidad) y templanza (controlar nuestros deseos y acciones, que en este caso se orientan a establecer los mejores cuidados y metas terapéuticas según el caso clínico), encontramos un equilibrio que respete la dignidad del paciente.

Al considerar los criterios de AET, estamos siguiendo la disciplina del deseo en la medida que aceptamos la condición de gravedad del paciente y el hecho de que nos encontramos ante el proceso de fin de vida, en el cual no se puede intervenir. Seguimos la disciplina de la acción, al considerar la proporcionalidad del tratamiento y respetar la vulnerabilidad y dignidad del enfermo. Seguimos la doctrina del consentimiento, al aceptar la voluntad del paciente o su familia más que las impresiones u objetivos fijados por los profesionales en relación con la lucha que podría librarse frente al cuadro clínico.

Las condiciones bajo las cuales se realiza la adecuación del esfuerzo terapéutico a un paciente están orientadas a evitar una muerte dolorosa, prolongar la agonía, el sufrimiento y la falta de dignidad. Por tanto, estas condiciones no solo se centran en garantizar una muerte digna y evitar el sufrimiento innecesario, sino también en respetar la voluntad del paciente, sus principios y valores con respecto al fin de vida.

Al hablar sobre criterios para adecuar terapéuticamente a un paciente, como buena práctica clínica, se encuentran varias propuestas, de las cuales se seleccionaron tres. La primera es la del bioeticista Betancourt, que considera cinco puntos⁵, los cuales correlacionamos con las distintas disciplinas estoicas:

⁵ Los criterios para adecuar terapéuticamente, según Betancourt:

1. Presencia de una enfermedad avanzada progresiva incurable.
2. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
3. Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
4. Gran impacto emocional en pacientes, familias y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia explícita o no de la muerte.
5. Pronóstico de vida inferior a seis meses (Betancourt, 2017: 5).

Criterios	Disciplina	Fundamento estoico
1. Presencia de una enfermedad avanzada progresiva incurable.	Disciplina del deseo	Mediante las virtudes de la templanza y el valor, somos capaces de comprender a las enfermedades y su evolución, así como entender que estas no están bajo nuestro control.
2. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.	Disciplina del consentimiento	Mediante nuestra sabiduría podemos enfrentar los hechos clínicos, así como las posibilidades razonables y la respuesta al tratamiento específico, usando la lógica de las impresiones frente al proceso de fin de vida y buscando las mejores alternativas terapéuticas.
3. Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.	Disciplina del deseo	La aceptación de aquellos hechos que no podemos controlar define nuestro actuar y orienta las indicaciones para cada caso, las cuales enfrentamos usando las virtudes propias de esta disciplina (la templanza y el valor).
4. Gran impacto emocional en pacientes, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia explícita o no de la muerte.	Disciplina de la acción	Mediante la virtud de la justicia, manifestamos preocupación por el paciente en relación con el proceso de fin de vida, así como de la familia y del equipo médico, buscando siempre lo mejor o más adecuado para el paciente en proceso de fin de vida.
5. Pronóstico de vida inferior a seis meses.	Disciplina del deseo	Mediante las virtudes de la templanza y el valor, somos capaces de comprender el curso natural de la enfermedad y de que no está en nuestro poder modificar su evolución.

La segunda propuesta establece seis criterios cuyo objetivo principal es “evitarle [al paciente] una muerte dolorosa, para prolongar una situación agónica, que muchas veces se acompaña de dolor y falta de dignidad (Montenegro & Maldonado, 2021: 11)⁶.

⁶ Algunos aspectos que en común son utilizados y referidos son establecidos por la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYC).

1. La decisión debe ajustarse al conocimiento presente de la medicina

2. La decisión se debe discutir colectivamente (médicos y enfermeros) y tomarse por consenso.

Criterios	Disciplina	Fundamento estoico
1. La decisión debe ajustarse al conocimiento presente de la medicina.	Disciplina del consentimiento	La decisión depende del conocimiento y experiencia (sabiduría práctica) de cada tratante, por lo tanto, las impresiones y el juicio son variables.
2. La decisión se debe discutir colectivamente en el equipo médico y tomarse por consenso.	Disciplina del deseo	La decisión está sujeta a los conocimientos y percepción del profesional y su equipo que evalúa al paciente, lo cual depende de reconocer lo que está o no bajo nuestro control.
3. Se debe informar y consultar a los familiares o representantes legales, intentando lograr un acuerdo para respetar las preferencias del paciente. 4. Ante la falta de acuerdo entre las partes (equipo médico y familiares o representantes legales) convendría considerar la recomendación del comité de ética asistencial del hospital.	Disciplina del consentimiento	Estas dos decisiones se sustentan en las impresiones respecto del estado del paciente y el juicio sobre el pronóstico del paciente, considerando su voluntad y la opinión de la familia.
5. Tomada la decisión, es obligación médica no abandonar al paciente durante el proceso de morir y garantizarle una muerte digna con los cuidados paliativos que necesite.	Disciplina de la acción	Esta decisión va orientada a cómo nos comportamos frente a los demás, mostrando empatía y preocupación por no abandonar al paciente, ayudándolo en todo el proceso de fin de vida.

3. Se debe informar y consultar colectivamente con los familiares o representantes legales, intentando lograr un acuerdo para respetar las preferencias del paciente.

4. Antes de la falta de acuerdo entre las partes (profesionales sanitarios y/o familiares o representantes legales), convendría considerar la recomendación del comité de ética asistencial del hospital.

5. Tomada la decisión, es obligación médica no abandonar al paciente durante el proceso de morir y garantizarle una muerte digna con los cuidados paliativos que necesite.

6. Las decisiones deben constatarse en la historia clínica, para facilitar la transmisión del plan terapéutico y su seguimiento.

(Montenegro & Maldonado, 2021: 11-12)

6. Las decisiones deben constatar en la historia clínica, para facilitar la transmisión del plan terapéutico y su seguimiento.	Disciplina de la acción	Esta decisión va orientada a la terapéutica del paciente que permite los cuidados y atenciones orientadas a una muerte tranquila, sin dolor y con dignidad.
--	-------------------------	---

Mostramos cómo estos criterios guardan relación con las tres disciplinas aplicadas al proceso de fin de vida del paciente, teniendo en cuenta los cuidados necesarios, la aceptación del destino bajo la dicotomía del control y considerando los valores y deseos del paciente y su familia.

El objetivo fundamental de los cuidados del paciente al final de vida no es evitar la muerte a toda costa como si esta fuese un fracaso. Por el contrario, “el objetivo de estos cuidados es procurar que la muerte se produzca sin sufrimiento, con los cuidados personalizados para cada enfermo” (Montenegro & Maldonado, 2021: 12).

Finalmente, la tercera propuesta de criterios para realizar la adecuación del esfuerzo (Área de Salud de León) relaciona los criterios con los 4 principios de la bioética norteamericana. Utilizaremos este paralelismo entre criterios y principios bioéticos para establecer la correlación con las disciplinas estoicas.

Criterio	Principio bioético
1. “Cuando la profesional estima que el procedimiento es ineficaz perjudica al enfermo y, por tanto, está contraindicado. Haciendo alcance en los valores que fundamentan esta decisión, como es en este caso evitar el daño al paciente”.	Principio de no maleficencia
2. “Cuando la profesional estima que el procedimiento no es efectivo en el caso concreto y por tanto es fútil. Desde el punto de vista cuantitativo, es fútil cuando la intervención tiene una baja probabilidad de beneficiar al paciente y es fútil cualitativamente cuando beneficia a una parte del cuerpo, pero no beneficia al paciente como un todo.	Principio de beneficencia

El valor enfrentado a la vida es evitar el escaso o nulo beneficio real que recibe el enfermo en esa situación concreta”.	
3. “Cuando el gesto o la profesional estima que el procedimiento es ineficiente y por tanto desproporcionado. El valor enfrentado es el valor económico, lo que tiene relación con la eficiencia”.	Principio de justicia
4. “Cuando el enfermo o su representante decide el rechazo o renuncia a un procedimiento que se va a iniciar o que ya está instaurado, siempre se debe considerar tanto la opinión de estos al momento de establecer un procedimiento extraordinario y el fin de este dentro de la terapia. El valor enfrentado a la vida es la voluntad del paciente”.	Principio autonomía

Estos últimos criterios fundamentan cada decisión con los principios norteamericanos de la bioética: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Esto es interesante, ya que permite establecer si los principios bioéticos pueden ser relacionados con las cuatro virtudes estoicas. A continuación, se analizarán y contrastarán estos aspectos.

Criterio	Principio involucrado	Disciplina estoica
Primer criterio	Principio de no maleficencia	DISCIPLINA DE LA ACCIÓN. Cuando el profesional estima que el procedimiento es ineficaz y perjudica al enfermo, esto es, está contraindicado, se manifiesta la visión estoica de la preocupación por el otro, evitando causarle daño y comprendiendo la vida con todos sus procesos. Guarda relación con uno de los valores que fundamentan esta decisión, el de evitar el daño al paciente.
Segundo criterio	Principio de beneficencia	DISCIPLINA DEL DESEO. En este criterio, mediante la aceptación estoica de lo que está bajo nuestro control, se pueden establecer los procedimientos

		guiados por la futilidad y los beneficios de estos. Considerando siempre lo más adecuado para el paciente mediante las virtudes de la templanza, se pueden establecer las conductas necesarias para lograr los objetivos necesarios sin hacer daño al paciente y fomentando el buen morir.
Tercer criterio	Principio de justicia	DISCIPLINA DE LA ACCIÓN Mediante la virtud de la justicia, vista desde la ecuanimidad, a la luz de los planteamientos estoicos, busca la eficiencia en base a una distribución equitativa y justa de los procedimientos y el costo de los mismos. Evitando la desproporción e ineficiencia de estos.
Cuarto criterio	Principio autonomía	DISCIPLINA DEL CONSENTIMIENTO Las decisiones se basan según los pensamientos estoicos por medio de los asentimientos; es por medio de estos que la razón nos permite elegir y establecer juicios que logren no solo nuestra mejor versión, sino también nos lleven a la sabiduría, y así lograr la virtud y la felicidad.

Por tanto, podemos establecer que cada disciplina se correlaciona con un principio ético anglosajón:

PRINCIPIO	DISCIPLINA	VIRTUD ASOCIADA
Autonomía	Disciplina del Consentimiento	Sabiduría
Beneficencia	Disciplina del Deseo	Templanza
No maleficencia.	Disciplina del Deseo	Valor
Justicia	Disciplina de la Acción	Justicia

En resumen, los cuatro principios establecidos por Beauchamp y Childress se pueden correlacionar con las virtudes planteadas por la Stoa. La autonomía se relaciona con la sabiduría del agente, la beneficencia con la templanza, la no maleficencia con el valor, y la justicia con la justicia. Y así como ningún principio está por sobre otro en la teoría principialista, lo mismo ocurre con las virtudes estoicas; ninguna es más importante que la otra. En efecto, en el caso de las

virtudes, nada fundamenta que alguna sea más importante o esencial que la otra, pues todas se complementan al buscar nuestra mejor versión, si podemos ordenarlas en relación con una situación o conflicto en particular.

Con el fin de explicitar esta correlación, es preciso mencionar que cuando usamos la disciplina del consentimiento, vale decir, el cómo nos enfrentamos a las diferentes situaciones, entregando o retirando nuestro asentimiento frente a un hecho puntual, lo que hacemos es usar nuestra autonomía, expresar libremente nuestra voluntad frente a un hecho. En el caso de la disciplina de la acción, reconocida por la preocupación por nuestros semejantes y cómo nos comportamos ante las dificultades de otros, usamos la justicia, pero buscando la igualdad y la ecuanimidad que en el caso de los principios anglosajones se traduce en la equitativa distribución de cargas y beneficios entre los afectados. También la disciplina de la acción está relacionada con la no maleficencia, en el sentido de la preocupación por el otro, evitando el daño innecesario, ni buscar su perjuicio. Finalmente, la beneficencia está relacionada con la disciplina del deseo, en el sentido de que esta disciplina enseña el reconocimiento de que existen hechos que no están bajo nuestro poder cuando comprendemos cómo funciona el mundo y solo así podemos identificar cuándo y cómo podemos beneficiar a otros.

CAPÍTULO IV

LAS BASES DE LA FILOSOFÍA ESTOICA APLICADAS EN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

En este capítulo, analizaremos el consentimiento informado a la luz de los pilares de la filosofía estoica. Los estoicos dividían su pensamiento en tres tópicos interrelacionados: la lógica, la física y la ética. Ellos comparaban la filosofía con un animal: los huesos y los nervios corresponden a la lógica; la carne a la ética; y el alma a la física. También hacían la analogía con la estructura de un huevo: la cáscara con la lógica; la clara con la ética; y la yema con la física.

1. La lógica

En el estoicismo, el conocimiento es el punto de partida para alcanzar la sabiduría, definida como la armonía entre la experiencia interior y la percepción que cada individuo tiene del mundo exterior que le rodea. Esa armonía depende del proceso de las impresiones y los respectivos asentimientos a estas. Una impresión se marca en el alma de manera similar a como el sello en un pedazo de cera. Los estoicos llamaban a este proceso el asentimiento. Este proceso se explica de la siguiente forma:

- En primer lugar, hay una percepción de un suceso o estado externo de las cosas.
- En segundo lugar, a partir de la percepción, se produce un juicio de valor, casi involuntario y aparentemente inconsciente, que se emite sobre el contenido de lo sucedido.
- En tercer lugar, está el rechazo o asentimiento de la impresión.

Cada acto de asentimiento a una impresión, captada por los sentidos, es un acto de cognición. “Para los estoicos, el conocimiento es algo sustancial: un sistema organizado y estructurado de asentimientos a impresiones adecuadas, algo próximo a lo que hoy denominaríamos conocimiento científico sistemático” (Sellars, 2023: 103).

He aquí la importancia para la Stoa de las sensaciones captadas por los sentidos, ya que nuestras experiencias en el mundo nos permiten alcanzar el perfeccionamiento y la sabiduría a través del desarrollo de la razón. Para los estoicos, el razonamiento se compone de uno concluyente y otro no concluyente. Un razonamiento es no concluyente cuando la conclusión no se opone a la premisa en disputa. Por ejemplo: "si es de día, el cielo está claro; ahora bien, es de día, Carlos pasea". El razonamiento es concluyente cuando nos lleva a una conclusión de manera específica, como en el siguiente ejemplo: "ahora bien, en este momento es de día, luego el cielo está claro".

En resumen, la lógica estoica se basa en las impresiones del mundo, que implica reconocer la realidad de los individuos solo a través de las impresiones. Estas se producen por la interacción con la naturaleza, la cual nos entrega conocimiento mediante el uso de los sentidos.

En el ámbito clínico, los asentimientos del paciente son imprescindibles para alcanzar las metas terapéuticas. Si el paciente es candidato a AET, el equipo médico debe tomar decisiones terapéuticas teniendo en cuenta los asentimientos y juicios del paciente y/o familia, entregando la información clara y precisa para definir qué es lo más adecuado, todo lo cual se expresa a través del consentimiento informado. El proceso de consentimiento debe permitir la comprensión del paciente y/o familia acerca del diagnóstico, el estado actual de la enfermedad y pronóstico, para que se pueda manifestar una decisión libre y sin coacción. El proceso de consentimiento debe permitir la armonía entre las experiencias internas y externas del paciente cuando está consciente o en la de los familiares que están a su cuidado. El deber del equipo de salud es que las decisiones tomadas sean las mejores para el paciente, evitando que sus propios asentimientos o impresiones falsas afecten o influyan en la mejor decisión en el proceso de fin de vida.

2. La física

Para los estoicos, la física es la parte del discurso filosófico que se ocupa de las cuestiones relacionadas al mundo físico, a la Naturaleza. La Stoa reconoce la existencia de un logos divino que es la Naturaleza, el cosmos concebido como un

ser vivo. Este cosmos viviente se representa como un ser esférico rodeado de infinito.

La Naturaleza para los estoicos está regida por el determinismo causal. El destino es el conjunto o serie de causas, un orden y una conexión entre los sucesos. Todo lo que suceda aparentemente por casualidad o azar está determinado por una causa que escapa de nuestra atención. En la explicación del acontecer del mundo, defienden una doctrina de la providencia divina, esto es, una doctrina en la que Dios forma parte de una totalidad armoniosa que ordena los sucesos de forma providencial, de una manera buena y racional. Existe un orden necesario e inalterable de causas que llamamos destino, establecido por Dios como el mejor orden posible. De este destino nacen las situaciones adversas que solo nos brindan una oportunidad para poner a prueba, practicar y cultivar nuestra virtud dentro del orden racional divino. Como destaca Sellars: “nadie es más infeliz que el hombre que jamás se ha enfrentado a la adversidad, pues un hombre tal nunca ha tenido la oportunidad de poner a prueba su virtud” (Sellars,2023:140).

2.1. *Amor Fati*: el crucial papel del destino

La expresión estoica, *amor fati* (amor al destino), formula ante todo una realidad natural, ética y teológica que se inscribe en la estructura del mundo, en la vida que anima al universo y a todos los seres. Crisipo dice: “el destino es una disposición eterna e inviolable del todo y de cada cosa en su relación de consecuencia y acompañamiento con las otras cosas” (Brun, 1997: 74). Para el estoico, nada es al azar. Existe una causalidad que está dada como una fuerza con un orden y una conexión que no pueden ser transgredidos o forzados. Es una llama que nutre tanto al universo como a las cosas en relación con las demás, formando una unidad con el mundo.

La sabiduría humana despierta cuando se toma conciencia acerca de la fuerza universal del destino y se despliega como una corriente de vida vinculada a todos los seres. El destino entrega a cada cual su parte, su porción, su papel en la armonía de todo. Por eso, la vida es comparada a menudo dentro del estoicismo como un banquete en el que el anfitrión (destino) asigna a cada uno su sitio, o bien, como

una obra de teatro con un director que distribuye los papeles. A los actores no les corresponde pedir un cambio de papel, sino que cada uno debe representar lo mejor que pueda el papel asignado. Desde esta perspectiva, la sabiduría significa decir “*amor fati*”, entendiendo por ello no tanto una ciega sumisión a los golpes del destino incomprensibles dentro de un determinismo específico, sino más bien significa que pase lo que pase, tú aceptarás tu destino y seguirás adelante. Aceptar tu destino no significa aceptar que las cosas ocurran como cada cual las quiere, sino que se producen tal cual suceden y serás feliz aceptando el destino.

Debemos comprender que las diferentes situaciones de la vida tienen como objetivo el lograr nuestro perfeccionamiento y entender que, independiente del dolor que estas nos causen, no deben atentar contra nuestra serenidad, pues cada prueba de la vida apunta hacia la búsqueda de nuestra mejor versión y lograr convertirnos en el sabio estoico al cual cada uno de nosotros debe aspirar. Este razonamiento no implica que deba gustarnos todo lo que sucede, pues no podemos cambiar lo que ocurre, pero sí podemos cambiar la forma en que percibimos las cosas. Lo que estos filósofos quieren enseñar es que no se puede influir en el resultado ni la forma en cómo suceden las cosas que no están bajo nuestro control. No controlamos, por ejemplo, que un paciente fallezca, pero sí podemos influir en cómo queremos que sea ese final y en la compañía que podemos brindar durante este proceso. Es importante tener gratitud por lo sucedido, regocijarse, ya que lo que ocurre no es algo que deseamos. No podemos ir en contra del destino, pero sí podemos aprender de él y disfrutar del tiempo que la naturaleza nos otorga.

El proceso de consentimiento informado en la AET, interpretado a la luz de la doctrina del *amor fati*, ayuda a la comprensión del proceso de fin de vida y de los cuidados que se deben entregar al paciente para otorgar un fin de vida con dignidad, calidad y humanidad. Además, no solo ayuda a disminuir la ansiedad de los familiares, sino también a afrontar el proceso de fin de vida, explicándolo como parte del ciclo vital y así afrontarlo con el respeto que merecen quienes viven este proceso. Aquí es donde los conceptos estoicos cobran importancia, pues la comprensión del destino como un todo y, a su vez, parte de un todo puede ayudar

a comprender el fin de vida y así cumplir con el objetivo que tiene todo consentimiento informado.

3. Ética

La ética estoica no está relacionada con una concepción maniqueísta del bien y el mal, sino que está orientada a la autopreservación o autoconservación. Lo más importante es nuestra propia existencia y su continuación. De este modo, nuestras elecciones y acciones más primitivas están condicionadas por lo que pensamos que mejora o perjudica nuestra propia constitución física. “Elegimos aquello que creemos que será bueno para nosotros y evitamos lo que opinamos que será malo para nosotros” (Sellars, 2023:148). Con base en este instinto de autopreservación, cada uno asigna un valor a las cosas. Así calificamos de bueno lo que nos favorece y malo lo que nos perjudica. También los animales son capaces de hacer esta distinción, pero la diferencia es que nosotros poseemos racionalidad para evaluar la diferencia.

Para quienes poseen racionalidad, según Zenón las cosas que existen se dividen en tres niveles: las cosas buenas, las malas y las indiferentes.

Las únicas cosas clasificadas como buenas son la virtud y las cosas que participan de la virtud. Asimismo, las únicas cosas malas son el vicio y aquellas que participan del vicio. Todo lo demás es indiferente, incluida nuestra propia vida, reputación, salud, pobreza o riqueza y todos los demás objetos externos. (Sellars, 2023: 150).

En el lenguaje estoico, los indiferentes preferidos son aquellos bienes que contribuyen a nuestro bienestar físico porque poseen valor selectivo (riqueza, belleza, reputación, salud, etc.), pero no son buenos a la manera en que lo es la virtud. La salud tiene cierto valor, desde la mirada de la autopreservación, pero no es buena en sí, porque se puede usar bien o mal. En cambio, la virtud (conocimiento) no admite grados; es buena por excelencia. Así una buena vida es igualmente buena si es larga o si es corta, por lo que la muerte no puede afectarla. La virtud por sí sola es suficiente para la felicidad y debemos centrar nuestra atención en el desarrollo de esta, pues es la única cosa sobre la cual tenemos algún

control real. Para los estoicos, la virtud es una disposición excelente del alma que se relaciona con la racionalidad perfecta o con la autopreservación, pues esta última nos garantiza el poder tomar las mejores decisiones.

La virtud es una disposición armónica, virtud en sí misma, y no por el temor o la esperanza que motiva en nosotros lo exterior. La virtud, presencia del bien en una persona, es una perfección que compartimos con el todo. Por eso solo hay virtud una y total: no se es más o menos virtuoso: se es virtuoso o no se es (Brun, 1997: 107).

Para el estoico, un ser racional tratará de preservarse a sí mismo y la única manera de conseguirlo es cultivando la virtud. Este cultivo se basa en las acciones apropiadas, que son aquellas que sería natural que realizase un animal, en cuanto contribuyen a su supervivencia y son conformes a su propia naturaleza (doctrina de la familiaridad o apropiación). Estos filósofos dividían las acciones apropiadas en acciones correctas o acciones puramente virtuosas y acciones neutrales o también llamadas medias o intermedias con respecto a los valores. De acuerdo con el estoico Panecio, para alcanzar las acciones apropiadas hay algunos aspectos a considerar:

Panecio sostiene que para vivir una vida ética y determinar cuáles son las acciones apropiadas, debemos encontrar la manera de equilibrar:

1. Los papeles y los deberes comunes a todos como seres humanos.
2. Los papeles y deberes únicos de nuestro daimon individual, nuestro genio o llamado personal.
3. Los papeles y deberes que nos asigna el azar o nuestra situación social.
4. Los papeles y deberes que emergen de las decisiones y compromisos que hacemos (Holiday,2020:99).

Los estoicos sugieren que solo la virtud se considera buena y es la única cosa de qué preocuparnos, pues alcanzar la virtud es alcanzar la felicidad. La felicidad es un bienestar sustancial en nuestras vidas y no una sensación meramente subjetiva de satisfacción. Si queremos ser felices, vivir bien, debemos cultivar esta excelencia; esto implica el vivir en armonía con la naturaleza.

Pero ¿qué significa vivir conforme o en armonía con la naturaleza?

Significa tres cosas, primero, vivir armónicamente con nosotros mismos, es decir, vivir con coherencia y libres de conflictos emocionales internos. La segunda es seguir la racionalidad en lugar de responder de forma pasiva o impulsiva a las

fuerzas externas. Tercero, buscar la armonía con la naturaleza en su conjunto. Así pues, vivir conforme a la naturaleza es vivir conforme a nuestra naturaleza racional, centrando nuestra atención en analizar nuestros juicios y asegurándonos de que solo asentimos a las impresiones adecuadas para evitar las emociones violentas producto de falsos asentimientos. Además, significa comprender que nuestro círculo de preocupaciones abarca la naturaleza en su totalidad, conscientes de que no somos unidades aisladas, sino más bien partes de un todo.

Actuar conforme a su propia naturaleza es simplemente no ser obstaculizado por causas externas, y por tanto ser libres (en lo que cabría denominar el sentido político de la libertad, más que el sentido metafísico) (Sellars, 2023: 168).

Del vivir conforme a la naturaleza, surge otro concepto importante dentro del estoicismo: la moral estoica, que consiste en actuar cumpliendo con nuestro deber. Cumplir con nuestro deber es actuar en función de lo que la naturaleza disponga, es decir, actuar en función de lo que es correcto o no. Para los estoicos, todo lo que la naturaleza quiere que hagamos será bueno. Por tanto, cumplir con el deber es actuar como una persona de bien, ya que así lo quiere la naturaleza. Para este fin, el sabio estoico se apoya en la razón; por tanto, es fundamental la percepción conforme a los designios de la naturaleza y el destino.

La búsqueda de la virtud y vivir en unión con la naturaleza son fundamentales dentro de la ética estoica. Para el estoico griego, el mejor método para conseguir que la gente buscase la virtud era mediante la comprensión de las cosas buenas. Así, si un individuo entendía este concepto, él como ser racional las buscaría, convirtiéndose así en alguien virtuoso. En cambio, para el estoico romano, a un ciudadano no le resultaría tan obvia esta búsqueda, por lo que se recomendaba más la búsqueda de la serenidad que traía por consecuencia la virtud.

Al momento de enfrentarnos a un paciente con AET, los conceptos o ideas de autopreservación, las acciones apropiadas, la racionalidad y la virtud son fundamentales para que el médico establezca las mejores opciones a la hora de evaluar a un paciente, y no solo en aquellos que están en fin de vida, sino en todo momento. La sabiduría estoica es una forma de vida, una guía para situaciones cotidianas. Por lo tanto, en la deliberación para tomar decisiones, si usamos las

acciones apropiadas, la virtud como faro en nuestro actuar profesional y no olvidamos el concepto de vivir en unión con la naturaleza, el proceso de consentimiento informado debería ser no solo un testimonio de la terapéutica, sino una poderosa herramienta que permite expresar tanto los deseos y valores del paciente en fin de vida como la comprensión y ayuda del profesional médico, para lograr un "buen morir".

El documento de adecuación del esfuerzo terapéutico del Área de Salud de León (2017) (DAET), distingue seis etapas en el proceso de adecuación que pueden considerarse como bases para elaborar un buen consentimiento informado. Estas etapas sirven de guía y dan fuerza a un proceso que a menudo cae en la rutina de los protocolos y pierde la importancia que posee en virtud de su fin. Las etapas se detallan a continuación.

1ª Etapa: Pensar en ello

Debe adquirirse el hábito de considerar la posibilidad de que los procedimientos que se piensan aplicar o que se vienen aplicando sean contraindicados, fútiles, desproporcionados o extraordinarios, en cuyo caso se podría presentar un problema ético (DAET, 2017:12).

En esta consideración es fundamental no solo el reconocimiento de la dicotomía del control, también es importante el uso de la lógica en sentido estoico, ya que por medio de las impresiones y los juicios adecuados (asentimientos) llegamos a definir la mejor terapia y los cuidados correspondientes, permitiendo distinguir con precisión lo que está o no está bajo en nuestro control.

2ª Etapa: Obtener la máxima información

Tanto sobre los aspectos clínicos (antecedentes, calidad de vida cotidiana, índice de gravedad, pronóstico realista y evolución probable con y sin tratamiento, grado de dependencia y complicaciones previsibles), como biográficos y del entorno (valores del paciente y los relacionados con la enfermedad, las relaciones familiares, la existencia del documento de instrucciones previas).

Ello permite personalizar al máximo la actuación y comprender algunas actitudes. La decisión de AET no es un juicio únicamente técnico, sino también tienen un papel relevante los valores (DAET, 2017: 12).

La forma en que percibimos las cosas es fundamental no solo para comprender el proceso que vive el paciente, sino también las percepciones que nos formamos a partir de la clínica del paciente, pues nuestros juicios pueden influir en el momento de realizar el consentimiento y de esta forma ejercer presión indebida o coacción. Por tanto, debemos dejar de lado nuestras impresiones erróneas frente a la condición del paciente y su proceso de fin de vida, para de esta forma establecer objetivos claros y respetar la dicotomía del control. En cuanto a los valores involucrados, estos dependen de la comprensión del destino como "*amor fati*" que tiene el paciente y que determinan sus valores, creencias y principios que lo ayudarán en su transición al fin de vida.

3ª Etapa: Manejar bien la Información

La información del equipo sanitario al paciente y allegados debe ser honesta sobre la situación real y las expectativas posibles de evolución. Debe ser individualizada, por la heterogeneidad clínica y pluralidad de los valores. Debe ser sencilla, que permita hacerse entender, clara y realista, evitando plantear las opciones terapéuticas como una dicotomía simplista (DAET, 2017: 12).

A la hora de llevar a cabo el proceso de consentimiento informado, uno de los aspectos centrales es la entrega de la información de forma clara y comprensible, de manera tal que el paciente o su familia puedan libremente elegir, teniendo suficientemente claro que las posibilidades de evolución no están en nuestro dominio o control, pero sí la forma en cómo elegimos actuar frente a ellas. Eso nos lo recuerda Epicteto: "Puedes vendarme una pierna, decía —y en efecto, su pierna había sido quebrada y vendada— pero ni Zeus tiene el poder de quebrar mi libertad de elección". (Holiday & Hanselman, 2020: 282). Por lo tanto, el médico, mediante el uso de las acciones apropiadas, como la comprensión honesta y real de la situación y la entrega de un pronóstico adecuado al paciente, no solo está cumpliendo con la virtud del ejercicio técnico de la profesión (*lex artis*), sino también incluyendo en la virtud profesional el respeto a lo que la naturaleza dispone: en este caso el fin de vida y su adecuado tránsito hacia la muerte.

4ª Etapa: Manejar bien las emociones

El cambio en la evolución del paciente, supone un giro emocional que precisa tiempo e información para ir asimilando la nueva situación. Es preciso transmitir que el objetivo es prestar la máxima ayuda al enfermo, y que será diferente según el pronóstico, la evolución y las necesidades, hasta entender que la mejor opción, llegado el momento, es ayudarlo a morir en paz, adecuando el esfuerzo terapéutico." (DAET, 2017:13).

En esta etapa, podemos fomentar la visualización negativa de la familia con el fin de prepararla para la muerte del paciente. Pero para que la visualización negativa se pueda desplegar de la mejor forma, es necesaria la información oportuna sobre la evolución, pronóstico y necesidades del paciente. El cultivo de la visualización negativa lleva naturalmente a la aceptación del destino (*amor fati*), buscando el autoperfeccionamiento, porque, para el estoico, no se trata de anular o reprimir las emociones, sino experimentarlas, pues, a través de ellas, podemos llegar a la autoperfección.

5ª Etapa: Tomar la decisión de AET

El planteamiento de AET no suele ser una situación urgente, sino un proceso progresivo, cauteloso y de diálogo abierto, con el paciente o con sus familiares en caso de incapacidad de aquel. Es siempre una decisión revisable y es preferible que sea tomada de un modo colegiado y por unanimidad, si ello es posible. No es una decisión ocultista y por tanto puede defenderse públicamente si se ajusta a los principios legales y éticos y a las normas de buena práctica clínica. Es crucial brindar el tiempo necesario para que la familia o el paciente pueda decidir y aceptar la situación, designando en lo posible un interlocutor que facilite la comunicación.

Cuando el profesional toma una decisión de AET, debe dar tiempo para que sea aceptada por la familia. Si existe división en la familia, hay que tratar de conseguir el acuerdo, y que se designe un interlocutor.

Ante la negativa del enfermo o la familia a cualquier restricción terapéutica, debe imperar el diálogo y se debe promover el entendimiento, dando tiempo en la medida de lo posible para la aceptación. Pero, al final, si la negativa persiste y existe evidencia constatada sobre la contraindicación, futilidad o desproporción de los procedimientos en cuestión, estos deberán ser finalmente reiterados. Esa decisión pudiera ser reforzada por la interconsulta al CEA. El asunto solo se deberá judicializar en última instancia (DAET, 2017: 12).

Al analizar este tópico, en el primer párrafo vemos dos ideas: la primera es que la adecuación es un proceso de deliberación entre el médico tratante, paciente y/o familia, en la cual se deben tomar decisiones no apresuradas, respetando los deseos del paciente, sus creencias y valores adquiridos durante su vida, que los

estoicos llaman obra. La segunda está asociada al tiempo, ya que la deliberación debe ser tomada con calma viendo la mejor opción terapéutica para el enfermo, para ello la información entregada debe ser clara, sin ocultar información y dar el tiempo necesario para poder elegir teniendo como fin lo mejor para el paciente y sus deseos.

En el segundo párrafo retoma la importancia del tiempo adecuado para la decisión, lo que puede relacionarse con las herramientas estoicas, como es la visualización negativa. En caso de negativa por parte de la familia, se puede acudir al comité de ética asistencial correspondiente, quienes tendrán la misión de lograr el consenso, buscando como fin la mejor opción terapéutica para el paciente.

El tercer párrafo está relacionado con lo anterior, porque cuando la aceptación del destino (el *amor fati*) lleva al paciente a tomar una decisión con su vida u obra, como lo interpretaban los estoicos, y esta no coincide con la decisión del equipo médico, se puede buscar la intervención del comité de ética asistencial, que puede dar una visión respecto del proceso, así como lo que es posible o no controlar, orientando con las mejores recomendaciones. Las orientaciones del comité persiguen promover una decisión adecuada entre el paciente y el equipo médico, de forma tal que las indicaciones médicas respeten las ideas, creencias y principios del paciente y el equipo médico pueda tomar las decisiones, evitando el sufrimiento y la prolongación innecesaria del fin de vida, esto es, siguiendo la dicotomía del control.

6ª Etapa: AET progresiva y escalonada.

“Hay que insistir en que la AET no es abandono del enfermo. Se limitan algunas medidas y se aportan otras. Los cuidados integrales paliativos de calidad persiguen el mayor bienestar posible para el enfermo y la familia, evitando el sufrimiento físico y psíquico. Debe permitirse que los familiares estén con el enfermo todo el tiempo que quieran durante el proceso de la muerte, y ofrecerles ayuda” (DAET, 2017: 13)

En esta etapa se establecen medidas, cuidados y terapias que permiten el mayor bienestar del paciente y la tranquilidad de la familia, evitando el sufrimiento físico y psíquico. Es aquí cuando podemos aplicar no solo la física estoica y su comprensión del destino, sino también otro importante concepto del estoicismo: “*infortunii viventem*”. Corresponde a otra manifestación de la visualización negativa,

prepararse para la dificultad y concientizarse en que los buenos y malos momentos son tan pasajeros como la vida misma. Por este motivo, debemos aprovechar y disfrutar el valor del tiempo, el que muchas veces desperdiciamos inútilmente. No solo eso, el equipo médico, mediante la filantropía estoica (disciplina de la acción), decide no solo metas terapéuticas que eviten el sufrimiento, fomenten el cuidado y permitan el buen morir, sino también actúa siguiendo el deber de ayudar al paciente. El actuar es en armonía con la naturaleza, cuando se entregan cuidados paliativos integrales y se permite, mediante el acompañamiento, que el destino del paciente tenga el fin que este decidió en compañía de sus seres queridos.

En conclusión, una mirada estoica del proceso de consentimiento informado de AET permite destacar la importancia de la familia en la toma de decisiones y permite al equipo médico buscar lo mejor para aquellos que están a su cuidado en lo que respecta a la decisión sobre la continuación o no de un tratamiento. Al considerar lo anterior, surge la pregunta: ¿Qué debe incluir básicamente un consentimiento de adecuación del esfuerzo terapéutico? La respuesta incluye al menos tres pilares:

- a) El modelo ético de toma de decisiones postula que los pacientes pueden ejercer siempre su autonomía moral y tomar las decisiones que estimen convenientes respecto a su cuerpo y su salud. Esta autonomía no solo refleja deseos, sino también valores, percepciones, ideas y emociones, las cuales deben ser respetadas. Solo en situaciones excepcionales, como el peligro para la salud pública o ante una urgencia vital súbita e inesperada que no permite demoras en la atención y no hay constancia previa de las preferencias del paciente, los profesionales pueden actuar sin el consentimiento del paciente. (Lorda & Barrio, 2008: 23).

Cuando hay compromiso de conciencia o la autonomía está disminuida, será un familiar quien puede, mediante la autonomía subrogada, manifestar los deseos del enfermo, si tuviese conocimiento de ellos. Por tanto, es “importante considerar la opinión del paciente”. Este proceso debe ser guiado, como se manifestó anteriormente, por las diferentes herramientas que nos entrega el estoicismo, tanto por la comprensión de la ética estoica

en el cumplimiento del deber, como la unión con la naturaleza y la aceptación del destino⁷.

- b) La adecuación del esfuerzo, además de ser una buena práctica en pacientes en proceso de fin de vida, es la materialización de un uso racional y equitativo de los recursos. Uno de los aspectos esenciales es su debida documentación y registro, ya que el desconocimiento o la falta de registro, como la orden de no reanimar, puede generar medidas indeseables como el ingreso inapropiado a las unidades de terapia intensiva y la implementación de soporte vital con altos costos en términos de sufrimiento y de recursos.

Desde la visión estoica, la AET responde no solo a la lógica (manifestada por nuestras impresiones y asentimientos), la física (por nuestra aceptación del destino) y a la ética (por medio de las acciones apropiadas, la virtud y el desarrollo de la moral), también a las virtudes (al momento de decidir la adecuación), a la dicotomía (al momento de definir la terapéutica) y a la aceptación de la vida y la muerte como partes de un mismo proceso. Todo esto permite entender que la adecuación, desde los conceptos estoicos, debe rechazar o evitar cualquier decisión que haga del fin de vida un proceso prolongado y doloroso, pues al hacerlo está negando el destino y la causalidad inmersa en él.

- c) El consentimiento informado es un proceso crucial que involucra la deliberación entre el paciente y el médico. El paciente debe ser capaz de comprender y valorar la información proporcionada sin estar sujeto ni a manipulación ni a coerción. Es fundamental incluir la opción de revocación del consentimiento, ya que el paciente es una persona capaz de reevaluar sus decisiones. Además, se trata de brindar los cuidados de acuerdo con las creencias y decisiones del paciente, incluyendo apoyo espiritual basado en las creencias del paciente o de la familia, y la posibilidad de los familiares de acompañar al enfermo hasta el último momento.

⁷ “La AET implica que se deba pasar por una fase de toma de decisiones donde el objetivo es determinar los deseos del paciente al final de su vida y se debe realizar en conjunto con el representante legal, los familiares cercanos y el equipo médico y de enfermería” (Acedo, 2020:32).

Entendemos, además, que el paciente es un ser biopsicosocial y debemos verlo siempre como un todo: paciente, familia y entorno. No debemos olvidar, en un sentido estoico, que el ser humano es tanto interno como externo, influenciado por el mundo y parte de una armonía universal, un universo guiado por la naturaleza.

Los estoicos presentan un conjunto de herramientas que no solo ayudan a enfrentar la vida, sino también la muerte. Ellos entienden que nuestra presencia en este mundo es parte de un ciclo que tiene un principio y un fin, los cuales deben ser vividos de acuerdo con la naturaleza y en búsqueda de la virtud. Para ellos, el propósito del ser humano es alcanzar la virtud, la sabiduría y la eudaimonía. Es un deber para con uno mismo y también un deber para con los demás, guiando a otros en el camino de la eudaimonia.

CAPÍTULO V METODOLOGÍA Y ANÁLISIS DE LOS PROTOCOLOS

1. Metodología

Los protocolos de Adecuación del Esfuerzo Terapéutico buscan estandarizar y establecer criterios para lograr una muerte digna, proporcionando los cuidados necesarios y respetando la voluntad del enfermo. Analizaremos un conjunto de protocolos de AET de establecimientos de salud a nivel nacional en busca de conceptos, reflexiones y recomendaciones que podemos relacionar con las doctrinas estoicas, estructurando el análisis según los cuatro puntos del marco teórico: la vida y la muerte, la dicotomía del control, las virtudes estoicas y los pilares de la Stoa.

Universo. Protocolos de Adecuación de Esfuerzo Terapéutico de los Hospitales Adultos y Pediátricos a nivel nacional.

Muestra⁸

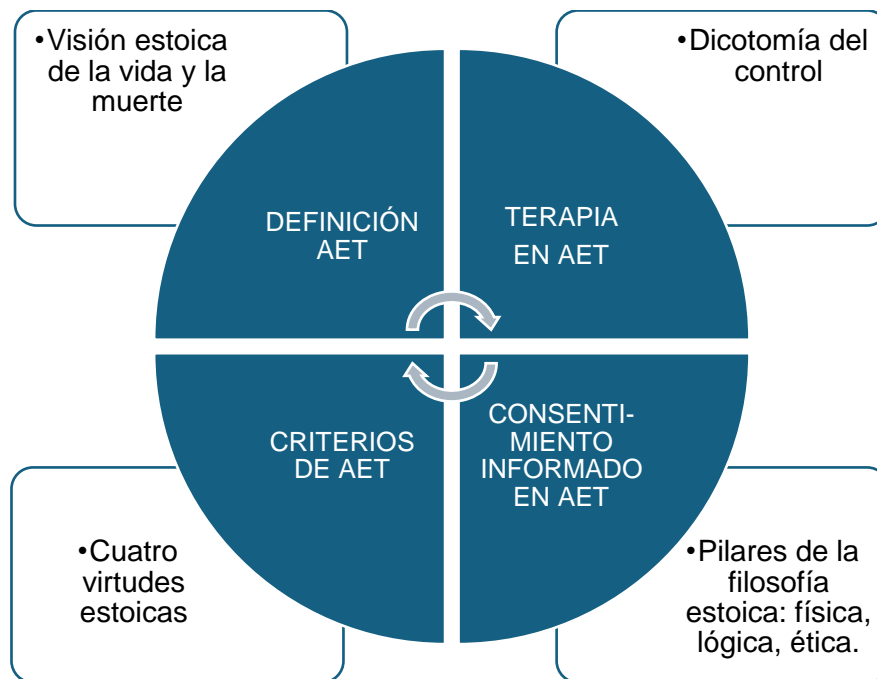
⁸ Los 13 protocolos sobre adecuación de esfuerzo terapéutico de los siguientes hospitales de adulto y pediátrico con las mayores atenciones a nivel nacional fueron los siguientes. A continuación, se describe el estatus de cada uno:

Se solicitaron protocolos de AET a los hospitales con mayores egresos por fallecimiento en atenciones adulto-pediátricas del país, según la estadística *Indicadores Hospitalarios según Servicio de Salud, SNSS. Periodo 2021*. Se tomó esta muestra porque representa aquellos hospitales que tuvieron mayor posibilidad de presentar pacientes con AET. La solicitud de protocolos se hizo mediante el procedimiento de la Ley de Transparencia. Una vez realizada la solicitud a los 13 hospitales seleccionados, las respuestas fueron las siguientes: 3 no poseían protocolos de adecuación, 3 no respondieron y 7 enviaron sus protocolos. Finalmente, el análisis se hizo sobre la base de 4 protocolos, pues con este número se lograba saturación en el análisis. La selección fue aleatoria entre los 7 protocolos recibidos, otorgando un número a cada uno de ellos con el fin de aplicar la calculadora muestral del sistema SERQ. Este método para la selección se detalla en el Anexo 1.

El análisis de los protocolos se ordenó de acuerdo con las cuatro partes del marco teórico:

- Definición de AET mirada desde la visión estoica de la vida y la muerte.
- Terapia en la AET en relación con la dicotomía del control
- Criterios de adecuación según las cuatro virtudes del estoicismo
- Consentimiento informado desde los pilares del estoicismo.

-
- I.Hospital Sotero del Río: no posee protocolo de adecuación de esfuerzo terapéutico.
 - II.Hospital de Talca: no posee protocolo de adecuación de esfuerzo terapéutico.
 - III.Hospital Leonardo Guzmán de Antofagasta: sin respuesta
 - IV.Hospital Salvador: sin respuesta.
 - V.HUAP: posee protocolo de adecuación de esfuerzo terapéutico y es enviado al suscrito.
 - VI.Hospital Guillermo Grant de Concepción: deriva casos al comité de ética, sin protocolo
 - VII.Hospital Félix Bulnes: sin respuesta.
 - VIII.Hospital El Carmen: posee protocolo de adecuación de esfuerzo terapéutico y es enviado al suscrito.
 - IX.Hospital Gustavo Fricke: posee protocolo de adecuación de esfuerzo terapéutico y es enviado al suscrito.
 - X.Hospital Barros Luco Trudeau: posee protocolo de adecuación de esfuerzo terapéutico y es enviado al suscrito.
 - XI.Hospital de Puerto Montt: posee protocolo de adecuación de esfuerzo terapéutico y es enviado al suscrito.
 - XII.Hospital de Rancagua: posee protocolo de adecuación de esfuerzo terapéutico y es enviado al suscrito.
 - XIII.Hospital Ernesto Torres de Iquique: posee protocolo de adecuación de esfuerzo terapéutico y es enviado al suscrito.



El análisis del protocolo, en cada una de estas partes, incluye citas textuales del documento, seguido por un análisis en el que se muestra las relaciones del texto con las máximas de la doctrina estoica.

2. Análisis de cada protocolo

2.1 Normativa institucional sobre limitación de esfuerzo terapéutico (LET) en pacientes terminales (Hospital Ernesto Torres de Iquique) (NIHI)

a) Definición de adecuación / visión estoica de la vida y la muerte

En relación con el paciente terminal, la normativa hace la siguiente afirmación; *“se considera que este enfermo está fuera de alcance terapéutico, ya que hay imposibilidad natural de sobrevivencia e imposibilidad de terapias que mejoren y son consideradas fútiles”* (NIHI, pág. 5). Este párrafo se puede ubicar dentro de la doctrina de la dicotomía del control y de la aceptación de la causalidad natural, cuya consecuencia es evitar intervenciones que prolonguen inadecuadamente el proceso de transición hacia la muerte. Esta visión se corrobora con la siguiente frase: *“...lo que médica y biológicamente está ocurriendo es la muerte natural y espontánea”* (NIHI, pág. 5). Sin embargo, el texto no menciona las voluntades del paciente, corriendo el riesgo de caer en decisiones paternalistas a la hora de establecer los cuidados y requerimientos para lograr un fin de vida digno.

En la parte final, las recomendaciones señalan: *“la óptima relación humana y profesional del equipo médico con los familiares más directos del paciente terminal, que debe considerar por parte de aquellos la comprensión a cabalidad de la situación y que expresen sus inquietudes y expectativas referentes al criterio ético-clínico con que se está manejando al enfermo”* (NIHI, pág. 5-6). Al referirse a las inquietudes y expectativas, la recomendación apunta a que, tanto el equipo médico como cada miembro de la familia, desarrollen la visualización negativa con el fin de aprovechar el tiempo que queda con el enfermo y brindar un acompañamiento adecuado.

b) Criterios de adecuación / virtudes estoicas

Antes de establecer los criterios de adecuación, la normativa establece definiciones sobre lo que es un paciente grave y un paciente en estado terminal. Define a este

último como un paciente desahuciado con una muerte estimada en un plazo de días, semanas o máximo 6 meses, razón por la cual *“emplear en ellos terapias curativas resulta fútil, ya que desde el momento en que estas se indican existe certeza de que no pueden proporcionar beneficio curativo alguno”* (NIHI, 3). Desde el punto de vista de las virtudes estoicas, esta frase refleja, por un lado, la disciplina de la acción al mostrar preocupación por no causar daño con terapéuticas que solo prolongarían un proceso que es inminente; por otro, la disciplina del deseo, pues no es posible intervenir en el proceso de morir con indicaciones que solo retrasarían este proceso que se percibe próximo.

En esta recomendación también se mencionan una serie de virtudes, las cuales pueden ser interpretadas desde un enfoque estoico. *“En este tipo de pacientes, debe aplicarse el principio ético de Proporcionalidad Terapéutica como guía en la resolución de este tipo de dilemas, ejercitando la virtud de la prudencia, de la compasión y de un profundo respeto por la dignidad intrínseca de cada persona, como pilares fundamentales que guíen el actuar del médico tratante”* (NIHI, 3). Podemos relacionar la virtud de la prudencia con la sabiduría, la compasión con la justicia y la templanza, y el respeto por la dignidad tanto con la templanza como con la sabiduría. En la aplicación de estos criterios se insta al médico a desarrollar las virtudes como un todo, pues las virtudes se desarrollan conjuntamente. Con la aplicación de estos criterios, se espera obtener el máximo beneficio para el paciente, ya que cada virtud busca en el actuar del médico tratante alcanzar un objetivo, usando las cuatro virtudes: el valor (permite enfrentarse sin temor al proceso de fin de vida), la templanza (permite controlar su actuar y sus propios deseos frente al paciente en fin de vida), la justicia (ver al otro con empatía y entregar los cuidados de forma proporcional en la utilización de los recursos disponibles) y la sabiduría (en tomar las mejores decisiones teniendo como meta lo mejor para el paciente y su familia).

c) Terapia en la adecuación / dicotomía del control

En lo que respecta a las terapias, este protocolo expresa de manera clara la dicotomía del control en las siguientes citas: *“Pacientes terminales. [...] En este*

grupo donde es éticamente correcto y justo el limitar el esfuerzo terapéutico (LET), pues emplear en ellos terapias curativas resulta fútil, ya que el momento en que estas se indican existe certeza de que no pueden proporcionar beneficios curativos alguno” (NIHI, 3). Acá no solo vemos el reconocimiento respecto de lo que está bajo nuestro control y lo que no, también la terapia enfocada al respeto del principio de futilidad (lo realmente útil para el paciente), en búsqueda de metas terapéuticas que beneficien al paciente, orientadas a medidas paliativas más que a curativas.

Al hablar sobre pacientes con enfermedades incurables o secuelas neurológicas graves e irreversibles, pero con esperanza de vida razonable superior a 6 meses, recomienda que *“en ellos, lo fundamental es cuidar su dignidad humana y calidad de vida, con terapias cuyos beneficios superen a los inconvenientes y no cabe limitar el esfuerzo terapéutico en forma absoluta”* (NIHI, 3). Esta recomendación refleja la dicotomía del control, en la medida que no busca la recuperabilidad, sino más bien establecer metas terapéuticas que estén orientadas a lograr el beneficio del enfermo, evitando la obstinación terapéutica, y así entregar los cuidados y terapias que permitan una muerte más tranquila y de acuerdo con sus propios deseos.

Siguiendo este punto, estas recomendaciones establecen dos principios a los cuales es preciso hacer referencia:

d) Principio ético de la proporcionalidad.

La normativa expresa este principio en los siguientes términos: *“Implementar todas aquellas medidas terapéuticas que guarden una relación de debida proporción entre los medios empleados y el resultado esperado”* (NIHI, 4). El principio de proporcionalidad persigue evitar medidas terapéuticas que sean excesivas. Este objetivo se puede relacionar con los tres niveles de influencia del estoicismo: realizar elecciones (evitar el dolor), seleccionar objetivos (establecer analgesia para evitar dolor) y establecer los medios para lograrlos (establecer dosis de analgésico según escala de respuesta, valorar la presencia de dolor, etc.). Esto permite no solo la adecuada aplicación de la dicotomía del control, sino también, establecer metas

terapéuticas que beneficien al paciente, eviten su sufrimiento y prolonguen su fin de vida.

e) Terapia fútil vs terapia inútil

La distinción entre terapia fútil y terapia inútil está relacionada con la comprensión y adecuada aplicación de la dicotomía del control. La terapia fútil se refiere a la terapia que se sabe *a priori* que no conseguirá un cambio en la evolución del paciente, fijando objetivos terapéuticos para intentar controlar lo que está fuera de nuestro control. No debemos olvidar que estamos frente a personas vulnerables y frágiles, por tanto, el fin es evitar el sufrimiento innecesario, y evitar caer en la obstinación terapéutica que niega, de alguna forma, que existen hechos que no están en nuestro control.

En estas recomendaciones, si bien reconocemos algunos matices del estoicismo, carecen de la visión de la vida o la muerte y la manifestación de la voluntad del paciente, ya sea mediante el consentimiento o las voluntades previas. Por lo mismo, para mejorar el protocolo, desde una perspectiva de la reflexión estoica, se pueden incluir estas dos dimensiones ausentes.

En conclusión, este protocolo puede leerse a la luz del estoicismo en lo que respecta a la aplicación de los criterios y el adecuado manejo de la dicotomía del control en la terapéutica para cada tipo de paciente. Si bien es poco específico en lo que respecta a establecer qué tipos de cuidados hay que brindar al paciente, sí establece los lineamientos para ello mediante los principios de proporcionalidad y utilidad de las terapias. El desarrollo de la definición de vida y muerte en relación con la definición de adecuación es pobre, pues no reconoce la muerte como parte del ciclo vital ni menciona elementos que puedan relacionarse con la visualización negativa, la fugacidad de las cosas o el manejo del dolor o sufrimiento. Por último, nada dice respecto del consentimiento informado.

2.2. Declaración respecto de la limitación del esfuerzo terapéutico (Hospital Barros Luco Trudeau) (DETBL)

Si bien este protocolo asume un enfoque deontológico, podemos identificar algunas ideas relacionadas con la filosofía estoica, que es una filosofía eudemonista (o teleológica).

1. *“Por su estructura filosófica, ni el encarnizamiento terapéutico ni la LET pueden ser traducidos en el lenguaje de la clínica, que es lo que realmente comanda y debe comandar el quehacer de la medicina”* (DETBL, pág. 5). Si bien estos dos conceptos reflejan prácticas que se pueden evaluar desde un punto de vista ético a nivel teórico, lo importante es comprender sus consecuencias prácticas. Para ello, los comités de ética pueden ayudar en la comprensión ética de estas prácticas y de esta forma encontrar la mejor opción terapéutica para el paciente.

2. *“Pero, aunque el diagnóstico en la LET es fundamental, su sentido específico, su justificación y su legitimidad radican en el pronóstico, respecto del cual, sin embargo, no hay criterios objetivos, investigaciones ni publicaciones. Por lo pronto, no se lleva una estadística de las LETs realizadas, es decir, no se sabe cómo ha evolucionado esta práctica en el tiempo, tampoco existen evaluaciones, comparaciones, seguimientos, en fin, no hay una literatura científica referida al asunto fundamental de la LET, que es el pronóstico”* (DETBL, 5). Esta afirmación no se condice con la evidencia arrojada por las publicaciones científicas citadas en párrafos anteriores⁹, que establecen criterios para apoyar al clínico en lo que respecta a las decisiones de adecuación, las cuales deben estar basadas en el pronóstico del paciente, según su estado de salud, y sus voluntades durante el proceso de fin de vida.

El cap. 5 de este protocolo, “Mandato ético filosófico (o bioético) vs mandatos deontológicos (o profesionales)”, plantea lo siguiente: *“La columna vertebral de la LET es el llamado a eludir y terminar con el encarnizamiento terapéutico, de modo que es un mandato ético-filosófico del tipo del no robarás, no matarás, no fornicarás, etc., al que ahora se debe agregar, dentro de la misma estructura lógica, este nuevo*

⁹ Palma, Said & Taboada, 2011; Ferrer, 2019; Alonso & Mora, 2015.

mandamiento, nacido en y de la bioética: NO TE ENCARNIZARÁS TERAPEÚTICAMENTE". Si bien este argumento puede ser interpretado bajo máximas kantianas, también se le puede dar una interpretación estoica. En el estoicismo, vemos un amplio desarrollo de la idea de aceptación del determinismo de los sucesos en la búsqueda de la autoperfección del sujeto. Esta aceptación permite entender la vida, en el sentido que la interpreta la Stoa como obra para el individuo, como aquel papel que cada uno de nosotros tiene que interpretar de la mejor forma posible desde el inicio hasta el final. En este sentido, el encarnizamiento terapéutico no solo causa daño a la obra que interpreta el paciente, sino que prolonga un proceso cuyo fin de vida está claro que no es posible controlar.

Con respecto a la conducta que se debe tener con el enfermo terminal y el PCR (Paro Cardiorrespiratorio), se manifiesta: *"La LET consiste en un pequeño deslizamiento donde se emparentan semejanzas no esenciales, en virtud de lo cual se la asimila a las decisiones que acompañan al enfermo terminal, por un lado, y a la RCP [Reanimación Cardiopulmonar] por el otro, aunque ese deslizamiento, en realidad, no sea tan pequeño, y en todo caso sea preciso hacerse consciente de él"* (DETBL, pág. 18). Este párrafo es poco claro respecto de cuál debe ser la actitud del médico en relación con las decisiones sobre la reanimación de pacientes terminales, teniendo presente la dicotomía del control. Además, debemos recordar que la autonomía del paciente, así como sus voluntades previas, deben ser respetadas al momento de tomar una decisión, y deben ser consideradas antes de la voluntad de la familia y la decisión del médico. En suma, en la práctica de la AET se aplican dos conceptos estoicos, la dicotomía del control y la comprensión del *amor fati* del paciente.

a) Definición de adecuación / visión estoica de la vida y la muerte

"La LET, en tanto que ética sentimental rectora del trabajo médico, trastocó de raíz la aspiración y el predominio de la objetividad en dicho quehacer, ganada a través de una accidentada, esforzada y milenaria evolución histórica, revalorizando la intuición (en vez del entendimiento) y de los efectos como guías para la práctica. De allí el uso y abuso que se hace en la bioética de los términos empatía, compasión

y otros que refieren a estados sentimentales subjetivos, y con los cuales se pretende que la actividad médica quede suficientemente comprometida, bien orientada y éticamente cumplida” (DETBL, pág. 26). Este párrafo da entender que, a partir de un enfoque deontológico, en el juicio moral se prioriza la razón. Pero la ética no se basa únicamente en el uso de la razón. La adecuación del esfuerzo terapéutico es una opción de terapia para quienes están en proceso de fin de vida, con el fin de brindar los cuidados y atenciones mínimas necesarias, respetando los deseos del paciente o su familia. Adecuar a un enfermo no es simplemente una buena voluntad movida por el deber, sino que implica respetar tanto la muerte como la vida, ya que son etapas normales dentro de los dictámenes de la naturaleza. La proporcionalidad de las terapias y evitar la futilidad de estas responden a la dicotomía del control, que tiene como fin evitar el abuso y la deshumanización de la obstinación terapéutica, la cual es perjudicial en sí misma y establece conductas que los estoicos calificarían como *amathia*, que corresponde a los comportamientos bajo juicios carentes de razón o poco razonables que llevan a cometer actos dañinos y dolorosos.

Respecto de las decisiones que debe tomar el profesional, en este protocolo se muestra su enfoque deontológico cuando hace referencia a la deliberación, en estos términos: *“Es muy difícil concebir que las decisiones clínicas requieren de una deliberación ética para su implementación, porque las decisiones clínicas van siempre orientadas y enmarcadas en principios deontológicos que de suyo ya son éticos, aunque en el sentido de una ética profesional, no de la que hemos llamado aquí como ética-filosófica”* (DETBL, pág. 27). El establecer absolutos al realizar un procedimiento no es adecuado, ya que una acción en sí misma puede obedecer a una buena intención, pero ser inapropiada moralmente por sus consecuencias. Por ejemplo, la obstinación puede fundamentarse en el respeto de la vida como fin en sí mismo, como un principio absoluto o bien indisponible; sin embargo, en el caso de un paciente que agoniza y ha manifestado su voluntad anticipada, aceptando los designios del destino y preparándose para esta situación (*Infortunii Viventem*), la aplicación de este principio puede resultar inadecuada.

“Pero, el único conflicto en particular que se menciona es la LET, porque respecto de otras eventuales situaciones clínicas éticamente comprometidas se

hace una apelación general, indistinta. Ósea, de algún modo se ha considerado necesario hacer un reconocimiento explícito y singularizado de que la LET es un foco de problemas éticos” (DETBL, pág. 27). La adecuación del esfuerzo terapéutico, a pesar de ser un tema con un amplio desarrollo en la literatura, sigue estando en un amplio campo de libre interpretación. Es por este motivo que se requieren herramientas que nos guíen en estas decisiones. El estoicismo, como filosofía de vida, a través de sus razonamientos, reflexiones y visiones, permite abordar este proceso desde una mirada más cotidiana, contemplando la vida y la muerte como partes de un todo.

Aunque la recomendación realiza una evaluación del estado actual de la adecuación, esta podría ser enriquecida con conceptos que se encuentren dentro de la filosofía estoica: *“en tanto que mandato moral, la LET alude a la corrección de una voluntad libre, pero perfilada, meramente irracional, a veces denominada paternalista, que es sostenida por el médico o el equipo sanitario y que se manifiesta como la decisión de continuar un tratamiento éticamente incorrecto que produce y/o prolonga los sufrimientos del enfermo, o lo sitúa en una grave posición de indignidad, abocando, además, a un gasto sanitario excesivo e innecesario. Es, por lo tanto, un precepto de moral que ignora la deontología médica.”* (DETBL, pág. 23). Esta aseveración es correcta, pues la decisión de continuar un tratamiento que es desproporcionado y fútil no solo es indigna, sino también omite la opinión de la familia y del propio paciente sobre cómo desea vivir este proceso de fin de vida. Lo que corresponde es mejorar la correcta comunicación entre el equipo médico y familia acerca de la situación clínica del paciente, así como establecer metas terapéuticas acordadas, favoreciendo cuidados que permitan vivir esta transición con dignidad y respeto. Para ello podemos apoyarnos en el uso de las virtudes estoicas (templanza, sabiduría, justicia y valor), así como identificar con claridad dentro del proceso aquello que podemos intervenir (dicotomía para las terapias) y fomentar la visualización negativa en la familia, lo cual permitirá un buen acompañamiento del paciente en todo momento.

Con respecto al uso de las decisiones basadas en el conocimiento, este documento señala: *“En la LET, la incertidumbre no es ética, sino clínica, y versa*

sobre cuál es el punto en el que se halla clínicamente el enfermo. Pero para determinarlo, insistimos, es inútil el conocimiento ético más completo, absoluto y acabado, como tampoco sirve el conocimiento de la ética para decidir si se debe operar una apendicitis, o dar antibióticos en una meningitis bacteriana, etc.” (DETBL, pág. 28). Para los estoicos, vivir practicando la virtud es vivir con conocimiento, el cual emana de la unión de nuestras decisiones en armonía con la naturaleza. Esta es la importancia de vivir en concordancia con ella, ya que proporciona experiencia para afrontar el día a día y lograr la autoperfección. Si bien determinar el punto en que se encuentra el enfermo es un concepto clínico, las conductas a tomar son tanto científicas como éticas, dado que la terapia debe respetar siempre al paciente como ser humano, respetando su dignidad, fragilidad y vulnerabilidad. Lograr el justo equilibrio entre la ciencia y la ética es responsabilidad no solo del tratante, sino del equipo médico a cargo del paciente.

b) Criterios de adecuación / Virtudes estoicas

“En efecto, no hay ningún examen, signo ni síntoma específico, ni tampoco un conjunto de ellos que, por sí mismos, determinen un pronóstico de certeza que justifique la aplicación de una LET. Y prueba de ello es que, si bien existe una literatura científica, como en cualquier otro terreno de la medicina, relativa tanto a las enfermedades y los enfermos terminales como respecto de la PCR y la RCP, es decir, hay un saber técnico-profesional, objetivado, compartido, debatido, universalmente, etc. Que se puede incrementar y eventualmente corregir, aparte su formulación y discusión ética, no existe, en cambio, una literatura científica respecto al asunto específico de la LET, que insistimos, no se remite en exclusiva al diagnóstico que la legitima y la justifica.” (DETBL, pág. 19). Este párrafo no tiene en cuenta que existen recomendaciones basadas en criterios científico-médicos para la aplicación de la adecuación del esfuerzo terapéutico. Además, existe una abundante literatura científica respecto al uso correcto de esta terapia. En cuanto a los criterios para realizar adecuación, estos se basan en la irreversibilidad del proceso, la progresión de la enfermedad o un pronóstico de vida limitado, por mencionar algunos. Estos criterios pueden apoyar en el adecuado uso de las

virtudes estoicas, las cuales nos orientan en el camino correcto y en hacer lo correcto.

“Para poder actuar bien en las situaciones clínicas en que la bioética sugiere la LET no se requiere de discursos ético-filosóficos, sino de investigaciones que permitan garantizar, en todos los casos, cuando un enfermo grave ya ha perdido el aliento y la posibilidad de volver del abismo”. (DETBL, pág. 22). Este argumento cae nuevamente en una falacia, ya que los argumentos filosóficos y éticos permiten hacer una medicina más humana, evitando malas prácticas, abusos, acciones discriminatorias, y respetando la opinión del paciente, entre muchas otras consideraciones. Por tanto, los criterios basados en la evidencia sobre cuándo un enfermo entra en fase irreversible de su enfermedad o por algún evento accidental enfrenta una muerte próxima, deben estar fundados en normas éticas mínimas que pueden encontrar respaldo en las virtudes estoicas de la sabiduría, la templanza, el valor y la justicia.

“No es la medicina la que debe ser mejorada de un error, librada de una ignorancia, etc., es el médico o el equipo sanitario los que deben ser corregidos de su peligrosa ceguera o confusión ética, que se manifiesta en la práctica del encarnizamiento terapéutico”. Este no es solo un llamado a acabar con esta ignorancia, sino también a fomentar conductas éticas que no solo humanicen la atención, sino que eviten atentar contra la vulnerabilidad, la integridad, la autonomía y la justicia del paciente que está en proceso de fin de vida. La interpretación estoica de esta frase nos ayuda a entender que una filosofía de vida como el estoicismo ayuda a la comprensión del proceso de vida y muerte, aceptando el determinismo, distinguiendo aquello que está bajo nuestra influencia y lo que no, y el uso de las virtudes para la correcta toma de decisiones. Aplicando esta visión a la práctica médica, se busca evitar el encarnizamiento, respetar la dignidad del paciente y su familia, y entregar cuidados y terapias más humanizadas.

“Si lo único que cuenta para recetar una LET, como con cualquier otra decisión médica, es que el diagnóstico, y en este caso el pronóstico, sean correctos, un CEA, salvo accidente, no podrá colaborar con la tarea que en el fondo está planteada” (DETBL, pág. 28). El pronóstico y la voluntad del paciente son los pilares en el

establecimiento de la adecuación. El uso apropiado de las virtudes apoya y consolida esta decisión, así como el uso de otras reflexiones o principios dentro del estoicismo. Respecto del papel del comité de ética, estos poseen las herramientas para ayudar a la deliberación y buscar la adecuada conciliación entre las partes mediante las recomendaciones que emita. Las recomendaciones de los comités de ética son parte primordial dentro del proceso de adecuación, al igual que la deliberación entre el equipo tratante con la familia.

c) Terapia en la adecuación/dicotomía del control

En el ítem 9 del protocolo, sobre la gravedad como orientación clínica de la LET, se expresa: *“A nuestro entender, la única condición común que la determina es la gravedad del enfermo. La gravedad, sin embargo, no es un cuadro clínico definido, sino un destino posible para cualquier enfermedad”* (DETBL, 19-20). Esta reflexión es muy válida, ya que la gravedad es un criterio que nos orienta para definir las metas terapéuticas ante un determinado paciente. De acuerdo con esto, definimos la proporcionalidad o la futilidad de estas metas, lo que está relacionado con la dicotomía del control, pues hay que tener en cuenta siempre la premisa de que hay circunstancias en las que podemos intervenir y otras en las que no.

El protocolo además realiza un análisis del encarnizamiento mediante la siguiente aseveración: *“Si se tomara literalmente el mensaje ético general de evitar el sufrimiento, como hace la LET, la medicina sería imposible, pero los dolores y el sufrimiento derivados de su no existencia serían infinitamente mayores, de modo que el mandato ético general, al que la bioética llama con la LET, es paradójico: de cumplirse a cabalidad conduciría a lo contrario de lo que pretende, es decir, al hacer imposible la medicina incrementaría el sufrimiento derivado de la enfermedad e impediría su alivio”*. Este es un razonamiento falaz, ya que el objetivo bioético de la adecuación es evitar el encarnizamiento terapéutico, buscar el proceso de fin de vida con humanidad y dignidad, y fomentar conductas profesionales guiadas por la capacidad reflexiva. Estas herramientas no solo se encuentran en el estoicismo, sino también en otras corrientes filosóficas o ideas que nos ayudan en la toma de decisiones, por ejemplo, en la doctrina del doble efecto. Este párrafo nuevamente

rechaza la dicotomía del control en la toma de decisiones, así como las terapias derivadas de su reconocimiento.

“La deontología, en cambio, dicta inmediatamente normas éticas claras y seguras para el ejercicio profesional, porque no vuela sobre abstracciones y generalidades, está sujeta firmemente por la posibilidad y preceptos de la técnica, donde se materializan los fines de la medicina socialmente aceptados” (DETBL, pág. 25). La adecuación del esfuerzo terapéutico puede fundamentarse desde muchas perspectivas filosóficas no solo en las ideas estoicas, sino también en la ética del cuidado, la ética de la responsabilidad, entre otras. Por tanto, afirmar que la adecuación debe mirarse desde una sola mirada filosófica es un error, pues la finalidad de las distintas miradas es entregar orientación y guía con el fin de establecer las mejores conductas y resolver las problemáticas a las cuales nos vemos enfrentados en el diario vivir.

En resumen, la declaración respecto de la limitación del esfuerzo terapéutico en el Hospital Barros Luco Trudeau desde su enfoque deontológico no refleja los conceptos estoicos de la vida y la muerte, la doctrina de las virtudes estoicas. Además, la dicotomía del control se puede identificar en las numerosas menciones que esta guía hace con respecto al encarnizamiento, así como en las decisiones emanadas del pronóstico y durante la terapéutica. Además, no hace referencia al consentimiento informado mediante el cual se expresan las voluntades del paciente y se informa de las metas terapéuticas durante el proceso. Si bien la deontología es un enfoque ético profesional que puede abordar problemáticas derivadas de la aplicación del esfuerzo terapéutico, su aplicación de forma absoluta provoca que el proceso de fin de vida sea carente de empatía, al negar la voluntad del enfermo y mecanizar el proceso de la muerte.

2.3. Protocolo de adecuación terapéutica para pacientes adultos atendidos en el Hospital de Puerto Montt (PATPM)

a) Definición de adecuación / visión estoica de la vida y la muerte

El documento define la adecuación en estos términos: *“Acuerdo tomado entre el médico y el paciente o familiar (en caso de autonomía delegada por incapacidad del usuario), respecto a la instauración o retirada de medidas terapéuticas, considerando el mal pronóstico de la persona no solo en cantidad, sino también en calidad de vida. Esta decisión debe considerar parámetros objetivos clínicos y de laboratorio, como también creencias y deseos personales del paciente, lo que se corresponde con el principio de autonomía”* (PATPM, pág. 3).

Esta definición se puede relacionar con varios conceptos de la Stoa. Al afirmar que es una decisión entre el equipo médico y la familia, refleja que existe una deliberación sobre la voluntad del paciente en términos de su percepción sobre la vida y la muerte y cómo el destino ha ejercido su influencia. Al afirmar la retirada o instauración, lo que en el fondo está planteado es el conocimiento de la dicotomía del control. Por último, considerando las creencias y deseos del paciente, se concede importancia a la forma en cómo se ha vivido y la relevancia que tiene al momento de enfrentarnos a la muerte. Los estoicos argumentaban que, mediante la aceptación de las leyes de la naturaleza, junto con el desarrollo del *amor fati* y el *memento mori*, nos podemos enfrentar a la muerte sin temor ni miedo. Al momento de enfrentarnos a la muerte, se debe hacer con la convicción de que cumplimos los designios del destino, logramos la unión con la naturaleza, y logramos la mejor versión de cada uno en la búsqueda de la virtud y la sabiduría.

A continuación, el protocolo establece diferentes medidas para la adecuación, entre las cuales se puede destacar la siguiente: *“Retirada de medidas: paciente con progreso y evolución de su enfermedad hasta un punto en el que no se beneficia de los tratamientos médicos, por lo que se decide dejar solo medidas de confort”* (PATPM, 3). En este punto, las palabras "progreso" y "evolución" apuntan al reconocimiento de la proximidad de la muerte, dándole un carácter inevitable. Por esta razón, al brindar medidas de confort al paciente, no solo se favorece esa transición, sino que también se le concede la dignidad, el respeto y el valor que merece.

En las definiciones de paciente terminal y los cuidados al final de la vida, este protocolo refuerza lo anteriormente planteado, haciendo hincapié en los beneficios

de la adecuación del esfuerzo terapéutico. Esto se refleja en la siguiente cita: *“El caso de adecuación terapéutica en pacientes sin patología terminal, pero con enfermedad aguda grave con alta probabilidad de muerte o secuela grave, debe analizarse con especialista acorde, considerando la autonomía del paciente y potencial beneficio de la terapia, para determinar si el tratamiento es beneficioso de acuerdo a las expectativas del paciente o se está tratando la enfermedad sin adecuada consideración a la situación clínica objetiva”* (PATPM, pág. 4). Al referirse a las expectativas del paciente, se reconoce la idea del *amor fati*, así como también la idea de lo que es posible intervenir o controlar, buscando los beneficios con el fin de cumplir con el ideal de vida del paciente, con sus creencias y valores. Desde la visión estoica, las enfermedades agudas graves con alta probabilidad de muerte o secuela grave (frente a la adversidad) no pueden verse desde el lado negativo, sino desde las causas y efectos que emanan de esta situación, y entender que las situaciones difíciles, o en este caso el fin de vida próximo que enfrenta el paciente, es parte del destino mismo.

En relación con la entrega de información a familiares se recomienda: *“entregar la información a familiares en un sitio tranquilo y privado. Identificarse como el médico tratante, verificar que la información manejada de la situación de su familia, informar la situación clínica del paciente de la forma más transparente y sencilla posible. Evitar las interrupciones, darse tiempo para responder dudas y verificar que hayan entendido la información”* (PATPM, pág. 8). Como se ha mencionado anteriormente, la visualización negativa es una herramienta importante dentro del proceso de adecuación, ya que ayuda a los familiares y al equipo a prepararse adecuadamente para el momento del fallecimiento del paciente, lo que permite mitigar el dolor y el sufrimiento, aprovechar el tiempo con el ser querido y atender sus necesidades espirituales. Este acompañamiento adecuado evita la sensación de abandono en la que quedan los pacientes con adecuación de esfuerzo terapéutico.

b) Criterios de adecuación/virtudes estoicas

Desde la introducción de este protocolo, podemos observar que hay claridad en los planteamientos del significado de la adecuación del esfuerzo terapéutico: *“Un aspecto fundamental a destacar es que debe plantearse la adecuación del esfuerzo terapéutico solo cuando haya un grado de certeza razonable del pronóstico de la enfermedad, que no existe posibilidad de recuperación y que lo esperable es la muerte dentro de un lapso menor a tres meses”* (PATPM, pág. 2). Esta afirmación la podemos conectar con el uso de la disciplina del deseo, que se expresa en la templanza y el valor, orientadas al reconocimiento de cómo entendemos y aceptamos los procesos naturales y lo que somos capaces de controlar en ellos. También al reconocer la proximidad de la muerte como desenlace final de un proceso de irrecuperabilidad, podemos entender a la muerte como parte de este proceso natural.

Este protocolo afirma que *“no todo lo técnicamente posible es éticamente admisible”* (PATPM, pág. 2). Esto significa que no todas las intervenciones o metas terapéuticas tienen de por sí un respaldo ético. Algunas medidas pueden ser fútiles y desproporcionadas, pues no benefician al paciente. Para evitar este tipo de medidas, el estoicismo nos enseña, mediante la dicotomía del control y las virtudes, que la acción correcta no solo toma en cuenta la realidad (naturaleza) sino también cómo el único bien, la virtud, se expresa de mejor forma. Ahora bien, en cuanto a la virtud en el actuar del médico, el protocolo expresa lo siguiente: *“La finalidad del acto médico es promover un estilo de vida saludable, curar cuando se puede la afección, disminuir el sufrimiento, acompañar en la etapa final de la vida, no prolongar la agonía del paciente, ni utilizar acciones fútiles, una buena definición al respecto es “la decisión meditada sobre la implementación o la retirada de las terapéuticas médicas al anticipar que no conllevan un beneficio al paciente”* (PATPM, pág. 2). En este párrafo, se puede conectar el actuar médico con la filantropía estoica, vale decir, la búsqueda de lo mejor para el paciente en función de su estado o condición. También se aprecia la disciplina del consentimiento (cómo nos enfrentamos a las diferentes situaciones), dado que se tomarán decisiones con

el fin de afrontar este proceso de fin de vida, brindando tranquilidad, dignidad y respeto frente a la muerte.

Dentro de los objetivos terapéuticos derivados de los criterios, vemos la claridad en los planteamientos de estos: *“Establecer pautas de cuidado y manejo farmacológico para garantizar el bienestar del paciente en situación de adecuación del esfuerzo terapéutico.”* (PATPM, pág. 2). Mostrando el desarrollo de la virtud de la sabiduría práctica, la cual en este caso se refleja mediante la filantropía estoica (la preocupación por el otro y como debemos comportarnos con los otros), se desprende, además, un respeto por el fin de la vida y el establecimiento del respeto por los procesos naturales, como parte del ciclo vital irreversible establecido por la naturaleza. Esto mejora la redacción al destacar la importancia de la filantropía estoica en relación con el respeto por los procesos naturales y el ciclo de la vida, subrayando así la conexión entre la filantropía y la aceptación de los diseños naturales.

c) Terapia en la adecuación/dicotomía del control

Con respecto a este ítem, el protocolo menciona lo siguiente: *“debe quedar registro en ficha clínica o en su defecto la ficha electrónica respecto a las decisiones de adecuación de esfuerzo terapéutico y hacer explícito qué tipo de medidas se consideran fútiles y no se utilizarán”.* (PATPM, pág. 4). En estas consideraciones se manifiesta claramente la dicotomía del control, pues en la decisión sobre cuáles medidas terapéuticas son útiles y cuáles fútiles, se debe tener claro aquellos cursos de acciones que dependen de nuestra voluntad y cuáles no. Con ello se evita el sufrimiento innecesario o la prolongación del proceso de fin de vida. En esta línea, este protocolo menciona con respecto a las terapias en la AET: *“Una vez definida la adecuación de esfuerzo terapéutico, deberá también determinarse que aspectos del cuidado y evaluación del paciente seguirán siendo necesarios y cuáles no. Es importante definir las acciones de acuerdo a su utilidad/futilidad que ofrezcan al estado clínico del paciente y al objetivo primordial del confort. En este contexto, serán medidas cuyo inicio, retiro o mantención deberán ser seleccionadas caso a caso”* (PATPM, pág. 5).

Aquí podemos identificar también la función que desempeñan las virtudes en el dominio de la dicotomía del control, pues al referirse a una evaluación continua del paciente y las medidas a tomar, apunta a que es un proceso dinámico, a evaluar día a día. Al indicar que las medidas pueden cambiar caso a caso, reconoce la idea de aquello que podemos controlar y lo que no y la necesidad de adaptar las medidas a las necesidades del paciente. Es por esto que habrá medidas que hoy consideramos útiles, pero mañana pueden ser fútiles. Entender la aplicación de estas medidas a la luz de la dicotomía del control muestra que en la práctica médica no se pueden negar los principios del acontecer natural y entender que la respuesta de cada paciente es distinta según estos principios.

d) Consentimiento informado/ pilares del estoicismo

El consentimiento informado se compone de tres partes bien definidas:

- i. La primera donde se establece la intención de este: *“Este documento tiene la intención de consignar la decisión conjunta entre médico y paciente (o su representante en caso de no estar en capacidad de tomar decisiones), para definir con anticipación conductas diagnósticas o terapéuticas a seguir en caso de enfermedad grave”*. El médico comprende la gravedad del paciente mediante sus asentimientos e impresiones y, a través de su conocimiento y experiencia, comunica la situación actual de salud del paciente y su pronóstico. Luego, se deliberará con el paciente o su familia para tomar la mejor decisión para esta etapa de la vida. Aunque no se consideran términos como la adecuación del esfuerzo dentro del mismo, excepto en el título, sería mejor establecer de manera clara y precisa el término "fin de vida" dentro del estado de gravedad.
- ii. La segunda parte considera no solo el registro de los datos del paciente, sino también incorpora los valores y deseos del paciente: *“La intención de esta declaración es facilitar la toma de decisiones clínicas certeras, en beneficio del paciente, tomando en cuenta su pronóstico clínico objetivo, sus valores y deseos”*. Esto a nivel de los pilares del estoicismo, corresponde a la aplicación de la física estoica, reflejada por el *amor fati*, expresión de la aceptación del destino por parte del enfermo. También podemos relacionar esta parte con la

lógica estoica que nos enseña que cada individuo tiene una representación propia del universo y posee experiencias diferentes.

- iii. En la última parte se establecen los cuidados o medidas que el paciente desea que se realicen. Esta fase responde, por una parte, a la dicotomía del control en cuanto a las medidas terapéuticas y, por otro lado, deja en evidencia el deber del médico en el cumplimiento de conductas orientadas al beneficio del paciente, asegurándole al paciente una muerte con tranquilidad, dignidad y acompañamiento. Esto refleja la moral estoica en cuanto a la realización de las acciones apropiadas, pues estas se fundamentan en acciones que permiten no solo el fin de vida según las decisiones del paciente, sino que, además, permiten al médico actuar de forma virtuosa. Ambas acciones buscan la sabiduría, que es el fin y objetivo al cual cada uno orienta su vida.

En resumen, este protocolo no solo establece de forma clara y concreta las conductas a seguir para llevar a cabo el proceso de adecuación del esfuerzo terapéutico, con dignidad, respeto y humanidad, sino que muestra claridad en la visión de los conceptos de vida y muerte, el destino y la voluntad del paciente, si los leemos a la luz de los preceptos estoicos. En cuanto a los criterios de adecuación, podemos inferir algunos matices de las virtudes estoicas y de la dicotomía del control. En lo relativo al consentimiento informado, se indica que debe tenerse en cuenta la opinión del paciente y de la familia cuando se ofrecen las medidas de adecuación. Desde la mirada estoica en este protocolo podemos reconocer los tres pilares: la lógica (en el consentimiento informado, los asentimientos e impresiones, en lenguaje estoico), la física (en el reconocimiento del destino y el *amor fati*) y la ética (en cuanto a guiar el actuar médico de acuerdo con las acciones apropiadas y el cumplimiento del deber).

2.4. Limitación del esfuerzo terapéutico en la práctica asistencial (Hospital Gustavo Fricke) (LETHGF)

a) Definición de adecuación / visión estoica de la vida y la muerte

En su introducción, el protocolo parte con la siguiente premisa: *“El proceso de limitación del esfuerzo terapéutico constituye una respuesta para humanizar las decisiones sanitarias e integrar el mundo de los valores a los puramente técnicos, superando el prejuicio positivista de salvar la vida como único objetivo válido”* (LETHGF, pág. 4). Esta afirmación es correcta, pues, dentro del proceso de adecuación, es esencial la integración de los valores tanto del personal médico como del propio paciente y sus familiares. A la luz del estoicismo, podemos ver que en este párrafo se reconoce el proceso de fin de vida como parte del ciclo vital, aceptando lo inevitable, así como los principios y valores del paciente. Teniendo en consideración la aceptación del fin de vida y los valores y creencias del paciente, podemos abandonar el concepto del salvar la vida como único objetivo.

“El concepto y el proceso de morir han ido transformándose desde la otrora muerte natural como parte del ciclo natural de la vida a la intervención de la tecnología para postergar o evitar la muerte, y es así como la sociedad toda, incluidos equipos de salud y pacientes y las familias, consideran a la muerte como algo indeseado y evitable, por tanto, se establece una suerte de lucha sin cuartel prolongando la agonía” (LETHGF, pág. 12). Esta visión intervencionista sobre el proceso de morir que critica el protocolo expresa la creencia en la sociedad actual de que el morir es un proceso oscuro, cargado de temor y de miedo. Esta idea de temor ante la muerte es la que los estoicos quieren eliminar y, como dice el párrafo, evitar la lucha contra algo que no podemos vencer, aceptándola como parte del ciclo natural de la vida. El estoicismo, al promover la aceptación de aquello que no podemos controlar, busca eliminar el miedo y la lucha innecesaria, fomentando una actitud de serenidad y aceptación frente a la muerte y los procesos naturales de la vida.

A continuación, analizaremos algunos conceptos que proporciona esta guía:

- Limitación del esfuerzo terapéutico: *“Se refiere a retirar o no iniciar medidas terapéuticas que, en la situación particular del paciente, son fútiles, ya que tan solo*

prolongan la vida biológica, pero sin posibilidad de proporcionar una recuperación funcional con una calidad de vida suficiente o mínima” (LETHGF, pág. 5). Dentro de esta definición, un punto interesante está en la frase: *“recuperación funcional con una calidad de vida suficiente o mínima”*. Estas palabras expresan la importancia de evaluar, tanto por el equipo médico como por la familia, la entrega de los cuidados necesarios para evitar prolongar la vida cuando no es posible una recuperación funcional aceptable. También se debe reconocer la proximidad de la muerte como parte de la vida misma, dentro de un proceso que es inevitable y del cual no se posee control.

- Proceso de fin de vida: *“se describe fin de vida como el periodo que precede a la muerte natural del individuo como parte de un proceso que no puede ser detenido por el equipo de salud, debiendo reconocer los signos y síntomas que caracterizan dicha etapa para definir la sobrevida del paciente y tomar decisiones en conjunto” (LETHGF, pág. 5).* El reconocimiento de la irreversibilidad de la muerte es una actitud esencial en la filosofía estoica. El párrafo pone énfasis en el reconocimiento de signos y síntomas con el fin de tomar decisiones. Con ello se busca conocer el estado de la agonía con el fin de tomar medidas e intervenciones necesarias. A la luz del estoicismo esto significa respetar la dignidad y facilitar la visualización negativa, sin que se vea afectada la serenidad, actitud que para los estoicos es fundamental para alcanzar la virtud.

La aplicación de la idea estoica de la visualización negativa, al que nos referíamos recién, queda bastante explicitada en el siguiente párrafo: *“Debemos comunicar a los familiares responsables del paciente cual es el escenario actual de salud al que se deben enfrentar y que es lo que implica para ellos y para el paciente. En este escenario, toma la misma relevancia poder otorgar un espacio de contención y empatía a los familiares, dado que la enfermedad produce en el grupo malestar, angustia, problemas en la comunicación, tendencia a encerrarse. En sí misma, cambios en los roles y estrategias para resolver los problemas sanitarios y financieros”.* (LETHGF, pág. 19). El buen desarrollo de este instrumento estoico evita en gran parte el dolor y sufrimiento generados por la frustración en el desconocimiento del estado del paciente, permitiendo no solo la preparación frente

a la muerte, sino también el aprovechar el tiempo junto al enfermo y el cerrar ciclos o situaciones pendientes dentro de la familia. Esto se logra con una comunicación clara, precisa y empática, no olvidando la historia que hay detrás de cada paciente y su familia.

Esta guía considera la adecuación en pacientes pediátricos, a diferencia de las otras guías analizadas. Ante este tipo de paciente, la guía insiste en que: *“En estos casos la limitación del esfuerzo terapéutico no es la causa de la muerte, sino que el fallecimiento del paciente es producto de su patología de base, así la LET es una decisión que se contrapone a un ensañamiento u obstinación”* (LETHGF, pág. 20). La adecuación de pacientes pediátricos es un proceso difícil, pues la emocionalidad puede nublar la capacidad de decisión. Para afrontar este tipo de situaciones, Séneca recomienda el manejo de los primeros impulsos (el impulso involuntario, el juicio y la emoción); estos ayudarán no solo a actuar con razón, sino también siguiendo el conocimiento que logramos en la comprensión de los sucesos naturales. Además de estas recomendaciones, la filosofía estoica entrega otras herramientas que permiten enfrentar estas situaciones con más serenidad, tales como el concepto de fugacidad de las cosas, comprender que todo es efímero, incluyendo, por cierto, la vida, como también la visualización negativa que nos ayuda a prepararnos frente a escenarios potencialmente desfavorables.

b) Criterios de adecuación/virtudes estoicas: consideraciones éticas sobre la limitación del esfuerzo terapéutico

Utilizando los principios bioéticos norteamericanos, la guía aplica cada principio al proceso de adecuación: *“el proceso de limitación de esfuerzo terapéutico da cuenta del respeto de valores éticos mínimos como la no maleficencia y la justicia distributiva y en el plano de los valores máximos como la beneficencia para evitar la obstinación o exceso terapéutico”* (LETHGF, pág. 12). En el lenguaje estoico, la justicia apunta a al trato igualitario y con respeto hacia los otros, y la no maleficencia y beneficencia guardan relación con la filantropía estoica, que consiste en la preocupación por el otro y evitar el daño innecesario; esta relación fue explicada

con detención en la pág. 51, donde se contrastó el principalísimo con las virtudes estoicas.

La guía construye los criterios de AET con los siguientes elementos: *“En la situación de enfermedad terminal concurren una serie de características que son importantes no solo para definirla, sino también para establecer adecuadamente la terapéutica”*.

Los elementos fundamentales son:

- 1. Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.*
- 2. Falta de posibilidad razonable de respuesta al tratamiento específico*
- 3. Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.*
- 4. Gran impacto emocional en pacientes, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.*
- 5. Pronóstico de vida limitado (limitación del esfuerzo terapéutico en la práctica asistencial, Hospital Gustavo Fricke, pág. 7).*

Si analizamos estos puntos, siguiendo las virtudes estoicas, podemos establecer lo siguiente:

- 1. Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.*
Mediante la templanza y el valor podemos reconocer lo que está bajo nuestro control e influencia, virtudes que expresan la disciplina de la acción.
- 2. Falta de posibilidad razonable de respuesta al tratamiento específico.*
Con el uso de la sabiduría y la templanza podremos conocer nuestra capacidad de influir en el devenir natural, identificaremos los cursos adecuados de acción y evitaremos la futilidad y la desproporción en la terapia. Las virtudes de la sabiduría (mediante el uso de la razón) y la templanza (lograr controlar lo que deseamos) se expresan en tanto la disciplina del deseo como la disciplina del consentimiento, pues ambas nos ayudan en el ejercicio virtuoso del asentimiento.
- 3. Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales, y cambiantes.* Gracias a la sabiduría práctica, podremos enfrentarnos a estos elementos, reconociéndolos y enfocándolos hacia la

mejor terapia. Además, con el asentimiento a las impresiones del paciente, tiene espacio la disciplina del consentimiento.

4. *Gran impacto emocional en pacientes, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.* Por medio del desarrollo de la filantropía estoica (la preocupación por el otro), podremos comprender y entregar los cuidados; asimismo, nos guía en la forma cómo debemos comportarnos con los demás, siendo empáticos con el paciente y su fin de vida; por último, nos guía en cómo entregar la información necesaria y de forma clara a la familia, comprendiendo el proceso en el que se encuentra el enfermo, lo que puede verse reflejado en la disciplina de la acción.

5. *Pronóstico de vida limitado.* Con el pronóstico, se está reconociendo una etapa fundamental del ciclo vital y la posibilidad de influir o no en él. Las virtudes que entran en juego son el valor (por medio del coraje de hacer lo correcto) y la templanza (actuamos con moderación frente al estado del paciente), pues aceptamos que está dentro de nuestro poder controlar y que no, lo cual queda reflejado en la disciplina del deseo.

c) Terapia en la adecuación/dicotomía del control

En este capítulo, el protocolo describe diferentes escenarios clínicos en los que se plantea la decisión de limitación del esfuerzo terapéutico como son:

“Los cuidados de enfermería para un paciente que se encuentra hospitalizado con indicación médica de LET se basan en el manejo del dolor, valoración y planificación de cuidados de enfermería para mantener confort, cuidados de la piel y contención emocional (considerar red de apoyo del paciente) del paciente durante su estadía hospitalaria o atención domiciliaria.” (LETHGF, pág. 13). En esta cita, se puede identificar el reconocimiento del proceso de fin de vida y su irreversibilidad. Además, considera los cuidados necesarios y todas aquellas indicaciones con el fin de entregar tranquilidad y dignidad al fin de vida, teniendo en cuenta la aceptación de la proximidad de la muerte y del hecho que no podemos intervenir en ella.

Con respecto a la nutrición e hidratación, la guía especifica que “...*la intervención nutricional en personas con diagnósticos que resultan especialmente complejos toda vez que se debe ponderar si dichas acciones-dar de comer y/o beber ofrecen beneficios para el paciente, o, por el contrario, resultan desproporcionadas o fútiles*”. (LETHGF, pág. 15). Cuando se considera que cada paciente es distinto y debe ser evaluado, estamos facilitando el juicio ante la dicotomía del control, evitando la futilidad y desproporción en la terapia indicada.

En lo que respecta a la sedación terminal, la guía recomienda lo siguiente: “*la evaluación del sufrimiento, concepto más amplio que el dolor, implica el conocimiento de los valores del paciente. En este aspecto, el diálogo con la familia es fundamental para mejorar las habilidades de médicos y personal de la salud en la valoración del posible sufrimiento del paciente*” (LETHGF, pág. 18). Aquí se establece la importancia del manejo del sufrimiento dentro del proceso de fin de vida, dando a conocer a la familia no solo las intervenciones a seguir, sino también los pros y los contras de esta terapia. Esta medida no solo respeta la dicotomía del control, sino también permite la transición del fin de vida de manera tranquila y con dignidad. Si bien es cierto que el sufrimiento es una forma estoica de lograr nuestra mejor versión, no se contradice con ese tipo de medida, que busca un fin de vida según los propios deseos del paciente.

d) Proceso de acompañamiento posterior a decisiones de LET

En este capítulo se expresan los cuidados a implementar y las consideraciones a tener en cuenta al momento de realizar el plan de cuidados diarios, el cual comprende: la parte respiratoria (uso de oxígeno), nutrición (cumplimiento de hidratación parenteral u otro según normativa, aseo de cavidades, apoyo de la familia para la alimentación, etc.), confort (baño, cambio de ropa, cuidados de la piel), actividades y descanso (deambulaci3n según sea el caso, ambiente tranquilo, manejo del dolor, etc.) y red de apoyo del paciente en sus cuidados (asistencia de la familia, apoyo a la misma y el acompañamiento). Cada una de estas partes está orientada por la idea de la dicotomía del control, en la medida en que es necesario reconocer en su ejecuci3n qué depende de nosotros y qué no. Además, se

establecen claramente los diferentes niveles de influencia en las elecciones, los objetivos y los medios para lograrlo (para ampliar la comprensión de este punto, revisar pág. 29). De estos se desprenden algunos alcances que ameritan comentario:

“Por ello, el especialista debe explicar a la persona, familiares y equipo de salud respecto de las mejores opciones de alimentación para cada etapa de la enfermedad; alimentación normal, enteral o parenteral” (LETHGF, pág. 16). Aquí, por un lado, se ven reflejados los principios de la dicotomía y, por otro, el cumplimiento del deber profesional de explicar la información a los familiares de forma clara y sin manipulación, lo que refleja la visión del cumplimiento del deber en la moral estoica. Posteriormente, en el desarrollo de estos puntos se desprende lo siguiente: *“Cabe señalar que la supresión de la nutrición no es la que va a originar la muerte del paciente, sino que existe una enfermedad de base que es la que actúa como causa determinante”*, en esta cita se reconoce el fin del proceso de fin de vida y los diferentes estados asociados a la misma, no solo eso reafirma el fin del ciclo como parte de un proceso natural del cual todos debemos vivir. *“el enfermo no se muere porque no coma, sino que no come porque se está muriendo” (LETHGF, pág. 17).* Al establecer la relación causa-efecto en los hechos, esta cita muestra la realidad que debe ser comunicada a la familia, fomentando la idea estoica de la visualización negativa del suceso. En cuanto a la medida de hidratación, esta dista muy poco del enunciado anterior: *“...recomiendan en sus guías de manejo clínico que el tratamiento debería estar dominado por las necesidades de proveer al paciente confort y alivio de síntomas, priorizando la calidad de vida por sobre la cantidad de vida, más que por cualquier forma de soporte nutricional agresivo” (LETHGF, pág. 17).* Al establecer la decisión sobre la hidratación, es importante seguir los tres niveles de influencia: las elecciones (buscando la mejoría o la mantención), los objetivos (iniciar terapias agresivas según la gravedad) y los medios para lograrlo (que son las acciones).

e) Consideraciones sobre el proceso de comunicación efectiva en el planteamiento de limitación del esfuerzo terapéutico.

Esta guía no cuenta con un consentimiento explícito que manifieste las voluntades del paciente o la terapéutica a emplear. Sin embargo, entrega guías o pautas para ello en las recomendaciones para el acompañamiento posterior a la decisión de LET, las cuales fueron analizadas en la pág. 89. Sin embargo, en esta guía, bajo el título “Consideraciones sobre el proceso de comunicación efectiva en el planteamiento de la LET”, podemos considerar recomendaciones importantes sobre este ítem dentro de la adecuación.

“Para aplicar adecuadamente este proceso se debe dar la siguiente secuencia de hechos”;

- 1. Establecer relación de confianza a través del diálogo, logrando como respuesta un juicio clínico.*
- 2. Disposición a escuchar activa (gestionar los silencios)*
- 3. Planificación de las decisiones en salud, estableciendo un juicio de valor entre los fines y los medios, ponderando la mayor parte de los elementos de contexto.*
- 4. Entregar información consistente en lenguaje comprensible (sin tecnicismos).*
- 5. Asignar un lugar adecuado con tiempo protegido para desarrollar las reuniones clínicas entre equipo tratante y paciente/familia.*
- 6. Comunicar toma de decisiones consensuada*
- 7. Retirar o no iniciar medidas, indicando los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, limitar, especificando cual o cuales y sus fundamentos (ingreso a UCI/ intubación endotraqueal/ ventilación mecánica/ inicio nutrición artificial/ uso de antibióticos/diálisis/ RCP).” (LETHGF, pág. 9).*

Al desglosar estas recomendaciones, nos encontramos con una invitación a seguir el cumplimiento del deber, actuando en función de la naturaleza, lo cual puede leerse dentro de la moral estoica. Al aplicar los objetivos del consentimiento informado (proporcionar información clara, evitar la coacción y favorecer la libre elección), no solo permitimos que el individuo comprenda y manifieste su propia visión de los acontecimientos (*Amor Fati* o *Memento Mori*), también favorecemos el desarrollo de los asentimientos por parte de la familia. En cuanto a las indicaciones,

es función del equipo de salud aceptar la causalidad de los hechos presentados y la condición del paciente.

En resumen, el protocolo de limitación del esfuerzo terapéutico del Hospital Gustavo Fricke contiene planteamientos e ideas con respecto al buen manejo de la adecuación que es posible vincular con varios de los preceptos estoicos. En lo que respecta a la definición de vida y muerte en relación con el concepto de AET, se observa que reconoce a la muerte como parte del ciclo vital y la irreversibilidad de su proceso, así como el respeto de las creencias y valores del paciente y familia al momento de la decisión de adecuación, fomentando la visualización negativa. En cuanto a las recomendaciones terapéuticas, hay que considerarlas dentro del marco de la dicotomía del control, considerando siempre que cada paciente es distinto al momento de evaluar la futilidad y proporcionalidad de los tratamientos. Resultan claras sus orientaciones, tanto para instaurar medidas de hidratación y nutrición como para aplicar la sedación terminal en los pacientes en fin de vida. Al enunciar los criterios para realizar la adecuación, es posible conectarlos con las virtudes estoicas. Si bien no sugiere un consentimiento informado, da algunas pautas para implementar uno. Estas pautas se pueden relacionar con el uso correcto de los asentimientos y el respeto y aceptación del destino.

CONCLUSIONES

La enseñanza estoica del *memento mori* es una práctica de introspección, un ejercicio espiritual, para recordar la fugacidad de la existencia humana. Los estoicos creían que, al mantener en mente la inevitabilidad de la muerte, uno se vuelve consciente de la brevedad de la vida y, al mismo tiempo, aprende a apreciar y valorar cada momento. Esta práctica conduce al desapego de los placeres materiales y a la búsqueda de una vida centrada en la virtud. Los estoicos consideraban que al recordar que la muerte está siempre presente, no debemos aferrarnos a cosas superficiales, sino enfocarnos en lo que realmente importa.

En la actualidad, la visión sobre la muerte y cómo queremos vivirla se percibe con temor, soledad y como algo de lo que no se debe hablar. En el caso de los adultos mayores y pacientes crónicos o terminales, no es la fragilidad o la enfermedad que los acompaña lo que los acongoja, sino la perspectiva de su propia muerte y agonía. La AET es una terapia que permite a quienes están en fin de vida una muerte tranquila, sin dolor, con el acompañamiento de los familiares y el cuidado adecuado, y respetando sus propias decisiones acerca de cómo vivir en los últimos días. Con esta práctica se busca evitar la obstinación terapéutica, causar más dolor y prolongar un ciclo inevitable. Los protocolos y recomendaciones de AET tienen por finalidad orientar los distintos procedimientos y cuidados para el paciente, pero en su implementación, muchas veces, estos pierden su bien interno: brindar una muerte digna y un cuidado compasivo a quienes están en el proceso de fin de vida.

La finalidad que persigue la adecuación puede mirarse a la luz de una filosofía de vida cuyo propósito es ayudarnos en el día a día a afrontar las dificultades, evitando el sufrimiento, la desesperación y la desesperanza. Esta filosofía persigue aplicar las enseñanzas en la vida diaria, buscando el actuar virtuoso que nos permite alcanzar la sabiduría y, por ende, la *eudaimonia*. Así, pues, iluminar la reflexión sobre el proceso de adecuación desde las enseñanzas estoicas nos permite profundizar en la importancia de respetar las voluntades del paciente, comprender el proceso mismo del morir, cambiar la perspectiva de este y entregar, mediante el

uso de las diferentes herramientas emanadas de esta filosofía, los cuidados necesarios y las estrategias terapéuticas, evitando la obstinación.

La adecuación es un proceso que debe ser llevado a cabo no solo considerando la voluntad del paciente, sino también incluyendo a la familia y al equipo médico en conjunto. Para ello, vimos a lo largo de este trabajo que las ideas estoicas de visualización negativa, el *amor fati*, el *infortunii viventem*, la *apatheia*, las virtudes y el propio *memento mori*, ayudan a comprender el sentido último de la adecuación.

Al analizar cada uno de los protocolos a la luz del estoicismo, hemos identificado deficiencias y fortalezas en cada uno de ellos. Solicitamos protocolos de adecuación de los 13 hospitales con mayores egresos por fallecimiento en atenciones adulto-pediátricas del país, según estadística de Indicadores Hospitalarios según Servicio de Salud, SNSS, periodo 2021, y recibimos solo 7 protocolos. A pesar de ser un tema ampliamente desarrollado, tanto a nivel internacional como nacional, pudimos constatar que existe parcial interés en establecer guías o protocolos que brinden al proceso de adecuación del esfuerzo terapéutico una orientación clara y fundamentada éticamente. Además, según lo expuesto en el marco teórico, hay una notable falta de claridad tanto en la comprensión como en la aplicación de este proceso.

Siguiendo la rúbrica de análisis de los protocolos de adecuación, se pudieron extraer las siguientes conclusiones a partir de la correlación entre los cuatro elementos de la AET (definición, criterios, terapéutica y consentimiento informado), y los cuatro aspectos de la doctrina filosófica estoica, respectivamente: la vida y la muerte, la dicotomía del control, las virtudes estoicas y los tres pilares de la filosofía estoica. Con respecto a la definición de AET, esta debe considerar no solo la muerte, sino también la vida como parte integral del ciclo vital. Es fundamental tener en cuenta las preferencias del paciente, viéndolo como un actor e intérprete de su propia obra. Además, es esencial incluir la aceptación del destino y del proceso de fin de vida, así como ofrecer herramientas que permitan a la familia enfrentar esta etapa de manera adecuada. Apreciamos en los protocolos analizados que la definición está más orientada hacia la parte clínica (intervenciones) que a lo anteriormente comentado. Otra deficiencia es la falta de entrega de información

clara y precisa que facilite la preparación adecuada a la muerte, tanto para el paciente como para su familia. Lo anteriormente expuesto permite concluir que, al momento de realizar la adecuación, la percepción de la muerte que tiene el tratante o el equipo médico puede obstaculizar el cumplimiento de la finalidad de la adecuación, llegando en algunos casos al encarnizamiento terapéutico. No obstante, en aquellos protocolos donde esta definición está ampliamente desarrollada, se pueden identificar algunos matices interesantes que se pueden relacionar con las herramientas estoicas, tales como la visualización negativa, la fugacidad de las cosas, el sufrimiento y la comprensión del *memento mori*. Estas herramientas permiten no solo orientar a los tratantes hacia una medicina más humanizada, sino también otorgar dignidad y respeto al final de la vida, tanto para el paciente como para su familia.

En cuanto a los criterios para determinar cuándo realizar la adecuación, en aquellos protocolos donde este tema se aborda con mayor énfasis, es posible encontrar otros matices estoicos. Por ejemplo, el desarrollo de las tres disciplinas estoicas (de la acción, del consentimiento y del deseo) se observa bien en los protocolos del Hospital de Puerto Montt y el Hospital Gustavo Fricke. En ellos se puede apreciar una relación directa con las virtudes estoicas, lo que a nuestro juicio debería permitir al clínico definir de manera más precisa cuándo realizar la adecuación. El protocolo del Hospital de Iquique, si bien es más limitado en el desarrollo de estas virtudes, sus recomendaciones están alineadas con estas, lo que debería facilitar una correcta aplicación de los criterios de adecuación al momento de definir esta terapia. En lo que respecta al Hospital Barros Luco Trudeau, el enfoque deontologista que desarrolla no cumple con la finalidad de proporcionar una adecuada guía u orientación para la adecuación.

En los protocolos analizados, la relación entre la definición de las metas terapéuticas y la doctrina estoica de la dicotomía del control es muy heterogénea. Como vimos en el marco teórico, la comprensión de lo que está bajo nuestro control y lo que no es fundamental para establecer metas terapéuticas efectivas. En algunos protocolos se observan los tres niveles de influencia de la dicotomía (realizar las elecciones, elegir los objetivos, búsqueda de los medios para lograrlos),

ofreciendo recomendaciones claras y precisas, lo que ayuda a evitar discrepancias o dudas sobre esta medida. En los protocolos de los Hospitales Gustavo Fricke y Puerto Montt, del sentido de sus recomendaciones se infiere la presencia de la idea de la dicotomía del control y cómo puede influir está en la toma de decisiones terapéuticas. Del protocolo del Hospital de Iquique, se puede inferir también la idea de la dicotomía del control, pero en sus recomendaciones no hay evidencia de cómo pueden estas aplicarse en cada toma de decisiones. En el protocolo del Hospital Barros Luco no es posible apreciar la idea de la dicotomía del control que pueda guiar al tratante, esto debido a su orientación excesivamente deontológica.

Finalmente, en lo que respecta al consentimiento informado, la deficiencia de los protocolos es significativa. El análisis de los tres pilares de la filosofía estoica en el marco teórico, permitió orientarnos en cómo llevar a cabo el proceso de consentimiento informado, esto mediante la comprensión de las impresiones, la aceptación del destino como parte fundamental de la vida y la muerte, como también de la ética estoica y su visión sobre la autoperfección y la búsqueda de la virtud. Concluimos, mediante una lectura estoica, que este proceso debería ser no solo informativo, sino también un reflejo de los deseos del paciente (la vida como obra) o de su familia, en relación con las terapias ofrecidas y de las consecuencias de las mismas. Solo el protocolo del Hospital de Puerto Montt incorpora el consentimiento como la manifestación fundamental de la autonomía del paciente. Los restantes protocolos están más enfocados en la deliberación entre el equipo médico y la familia que en el consentimiento, lo cual, por cierto, no deja de ser fundamental al momento de establecer la adecuación del esfuerzo terapéutico. Sin embargo, no logran cumplir con el objetivo del proceso de consentimiento informado al momento de proporcionar una terapia o seguir las recomendaciones establecidas en la literatura como parte de la adecuación misma.

A partir del análisis de los protocolos realizados a la luz de las doctrinas estoicas, surge la pregunta: ¿Podrían las recomendaciones sobre AET que han sido protocolizadas mejorarse en su implementación si son leídas desde la visión estoica? Es posible afirmar que sí. El estoicismo es una filosofía de vida cuyas ideas ayudan a enfrentar cada momento, tanto de la vida como de la muerte, buscando la

perfección y la comprensión de los procesos naturales. No solo se pueden establecer terapias que eviten la futilidad y la desproporcionalidad, sino que también se deben definir metas terapéuticas que se alineen con las necesidades del paciente y que favorezcan su proceso de fin de vida, en lugar de simplemente prolongarlo y hacerlo más doloroso. Si bien la mayoría de los protocolos analizados establecen de forma clara las definiciones, los criterios, las intervenciones y algunas recomendaciones para implementar un consentimiento informado, la implementación debe estar animada por el bien propio de este proceso. Para animar este bien y evitar la mecanización o deshumanización de esta práctica, el estoicismo nos ofrece una mirada que revitaliza las virtudes que están involucradas en el proceso, pues nos permite comprender el porqué de cada medida y decisión, así como la consideración del paciente y su familia como agentes activos en cada etapa de la adecuación. Asimismo, el equipo de salud puede adoptar una mirada más humana y centrada en el paciente, enriqueciendo y complementando la práctica clínica de la adecuación.

BIBLIOGRAFÍA

Alonso, A., y Mora, M. (2015). El tratamiento de las infecciones al final de la vida. ¿Puede estar indicada la adecuación del esfuerzo terapéutico? Valores y garantías. *Eidon. Revista de la Fundación de Ciencias de la Salud*, N.º 44, pp. 4-14.

Álvarez, A. (2005). *Práctica y Ética de la Eutanasia* (1ª Edición). México, DF: Fondo de Cultura Económica.

Atienza, F. (2020). Los Fines de la Medicina por Daniel Callahan. *Revista "Bioética y Ciencias de la Salud"*, Vol.8 (1), pp. 1-5.

Aurelio, M. (2019). *Meditaciones* (3ª Edición). Madrid: Alianza Editorial.

Azulay, A. (2003). La sedación terminal: Aspectos éticos. *Anales de Medicina Interna*, Vol. 20 (Nº 12), pp. 49-53.

Benedito, P. G. (2018). Hidratación Parenteral al final de la Vida (Revisión Sistemática para Obtener el Grado de Medicina), Universitat Jaume I. Castellón de la Plana, España.
https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/177049/TFG_2018_GarciaBenedito_PaulaAmparo.pdf

Bera, G. E. (2002). *Pensamiento estoico* (1ª Edición). Barcelona: Editora y Distribuidora Hispano Americana S.A.

Betancourt. G., y Betancourt. R . (2017). Muerte digna y adecuación del esfuerzo terapéutico. *Revista de Ciencias Médicas de la Habana*, (24), pp. 53-65.

Brun, J. (1997). *El estoicismo* (1ª Edición). México, D.F.: Editorial Universidad Autónoma

Carvajal, C. S. (2021). Adecuación del Esfuerzo Terapéutico. En J.P.B Editor y R.A.M Editor (Eds.), *El Final de la Vida* (1ª ed., pp. 171-184). Editorial Mediterráneo.

Cúneo, M. M. (2016). *Vida digna hasta morir: adecuación del esfuerzo terapéutico*. Buenos Aires: Ed. Guadalupe.

Chamorro, C. D. M., & Cando, F. M. M. (2021). Adecuación del esfuerzo terapéutico orientado hacia un buen morir. *Metro Ciencia*, 29(4), pp. 9-15.

Epicteto. (2011). *Manual o Enquiridión* (1ª Edición). Editorial Libros del Ciudadano.

Epicteto. (2019). *Manual* (1ª Edición). Santi Edición para Universidad Adolfo Ibáñez.

Fermín, A. J. (2020). Adecuación del esfuerzo terapéutico en pacientes crónicos y proceso final de vida; una perspectiva enfermera. Trabajo de fin de grado,

Universidad de Vic, Universidad Central de Catalunya.
<https://repositori.uvic.cat/handle/10854/6361>

Ferrer, J. J. (2019). ¿Consensos en la bioética del final de vida?: más allá de la polarización. *Perspect teol.*, Vol. (51), pp 443-460.

Grupo de Trabajo y Comité de Ética Asistencial área de Salud de León. (2017). Documento sobre la Adecuación del esfuerzo terapéutico Área de Salud de León, <https://www.saludcastillayleon.es>

Hazlitt, F. y Hazlitt, H. (2013). *La sabiduría de los estoicos*. Auburn, Alabama: Editorial Independently.

Hernando, P., Diestre, G., & Baigorri, F. (2014). De la limitación del esfuerzo terapéutico: “¿cuestión de profesionales o también de enfermos?”. *Anales Sis San Navarra [online]*, Vol.30(supl.3), pp.129-135.

Holiday, R., & Hanselman, S. (2016). *Estoicismo Cotidiano* (1ª Edición). Barcelona: Editorial Océano.

Holiday, R., & Hanselman, S. (2020). *Vida de los Estoicos* (1ª Edición). Tlalnepantla, México: Editorial Océano, traducción de Maia F.

Martínez, H., Azulay, A.T, y Castillo, A. B. (2002), Decisiones ético-clínicas sobre la alimentación e hidratación artificial mediante sonda en la enfermedad terminal. *Nutr. Hosp.* XVII (6), pp 279-283.

Irvine, W. B. (2022). *El Arte de la Buena Vida, Un Camino hacia la Alegría Estoica* (1ª Edición- 6ª Reimpresión). Madrid: Editorial Planeta

García, I. (2020). *Escuela de Estoicismo Moderno, como prepararte mental, emocional y espiritualmente para cualquier cosa que venga*. Amazon Digital Services LLC.

Manzini, J. L. (2015). Fundamentación bioética de la llamada “adecuación del esfuerzo terapéutico” en el final de la vida. *Boletín del Consejo Académico de Ética en Medicina*, 9(3).

Nogueira, V. A. (2020). Características de los Pacientes con Adecuación del Esfuerzo Terapéutico Ingresados a Unidades de Cuidados Intensivos. Identificación de factores predictivos: revisión bibliográfica, (Trabajo de grado en enfermería). Universitaria da Coruña, España.
https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/27561/NogueiraVazquez_Ana_TFG_2020.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Palma, A., Said, J. C., y Taboada, P. (2011). ¿Es necesario hidratar artificialmente a los pacientes terminales? *Rev. Med Chile*, Vol. (139 no.9), pp 1229-1232.

Paredes, M. C. (2012). Limitación del esfuerzo terapéutico en la práctica clínica: Percepciones de profesionales médicos y de enfermería de unidades de pacientes críticos de un hospital público de adultos en la Región Metropolitana. *Acta bioethica*, 18(2), pp. 163-171.

Pérez, F. P. (2016). Adecuación del esfuerzo terapéutico, una estrategia al final de la vida. *Semergen-Medicina de familia*, 42(8), 566-574.

Pigliucci, M. (2018). *Como Ser Estoico*. Barcelona: Editorial Ariel.

Rist, J. M. (1995). *Filosofía Estoica* (1a edición). Barcelona: Editorial Ariel

Rodríguez, R. P., Martínez, I. M. M., Chacón, M. S. B., & Rodríguez, S. P. (2017). cap. 78 Revisión bibliográfica: Sedación paliativa en pacientes terminales al final de la vida. En M. M Editor, P.M.F Editor, J.J.G Editor, A.B.B Editor y S.M Editor (Eds.), *Cuidados, Aspectos Psicológicos y Actividad Física en Relación con la Salud* (Vol. III., pp 435- 448). Edita: ASUNIVE.

Sellers, J. (2021). *Lecciones sobre Estoicismo*. Madrid: Penguin Random House Grupo Editorial.

Sellers, J. (2023). *Estoicismo* (2ª Edición). Santiago, Chile: Editorial Planeta Chilena S.A

Seneca. (2020). *Cartas sobre la Muerte*. Selecciones, traducción y notas de J. L. Ramaciotti, (2a edición). Ediciones Tácitas.

Simón, L. P., y Barrio, I. M. (2008). Ética y Muerte Digna: Propuesta de Consenso sobre un uso Correcto de las Palabras. *Rev. Calidad Asistencial*, Vol. (23), pp 271-285.

Soto, O. S. (2012). Limitación del esfuerzo terapéutico, https://drsantiagosoto.cl/pdfdir/Limitacion_del_esfuerzo_terapautico.pdf

ANEXO 1

Debido a que al realizar el análisis de cada uno, se lograba una saturación con 4 de ellos para seleccionarlos, se decidió aleatorizarlos ingresando el número total de protocolos a la calculadora muestral del sistema SERQ (sistema utilizado en Calidad asistencial, que realiza aleatorizaciones para la revisión de pautas según estándares ministeriales). A los 7 protocolos recibidos sobre adecuación del esfuerzo terapéutico se les otorgó un número según fueron recepcionados.

- 1) Hospital Ernesto Torres de Iquique
- 2) Hospital del Carmen
- 3) HUAP
- 4) Hospital Barros Luco Trudeau
- 5) Hospital de Puerto Montt
- 6) Hospital de Rancagua
- 7) Hospital Gustavo Fricke

Aleatorización

Cantidad de grupos: 1	Tamaño muestral: 4
Rango mínimo: 1	Rango máximo: 7
Fecha: 12-03-2023	

Grupo 1			
1	4	5	7

Siguiendo esta aleatorización, los protocolos seleccionados fueron los siguientes:

- 1) Hospital Ernesto Torres de Iquique
- 2) Hospital Barros Luco Trudeau
- 3) Hospital de Puerto Montt
- 4) Hospital Gustavo Fricke