

## NON EST VIVERE SED VALERE VITA

En los últimos tiempos, la vida humana —el crear vida o el quitarla— es juzgada según esquemas mucho menos unívocos que antes. Los medios y los fines parecen haber cambiado. Hay nuevas circunstancias. Lo que no hace mucho era inaceptable, hoy es presentado por lo menos como opinable.

El que esto escribe ha visto conmovidas más de una vez sus convicciones ante argumentos que al fin se han mostrado como no válidos, pero que ha debido reconocer como verosímiles (*similares* a la verdad) y ha debido, en consecuencia, atribuir ingenuidad —e, implícitamente, honestidad— a su interlocutor. Como segunda consecuencia, ha debido aceptar el derecho de ese interlocutor a defender sus ideas y hasta a intentar propagarlas.

Las nuevas circunstancias deben ser definidas, los nuevos conocimientos fisiológicos y psicológicos deben ser evaluados y las motivaciones, escrutadas en la profundidad de nuevas dimensiones.

Por su condición de médico y de docente, el suscripto ha debido seguir este proceso reiteradas veces y se ha visto obligado a analizar, al acompañar a sus pacientes en sus vivencias de muerte, las diversas clases de vida —biológicas y espirituales— y en que medida ellas pueden ser valorizadas.

El hecho de que el médico debe presidir frecuentemente el protocolo del pasaje al otro mundo de sus pacientes, lo hace en cierto modo experto en ese tipo de trances. De allí que muchos pretendan de él que sea activo en esa presidencia y gobierne su trámite, fije procedimientos, disponga plazos y opciones, etc. La decisión de detener un aparato de respiración artificial o un marcapaso cardíaco a un paciente comatoso recae casi siempre sobre el médico. Y al decir decisión, no nos referimos solamente al puro acto de girar la llave del aparato, sino en especial, al de resolver que ese ser ya no es persona humana y que, por lo tanto, esa apariencia de vida *debe* interrumpirse.

No es que el médico decida habitualmente sin consultar a los interesados. Al contrario, esa consulta se hace siempre. Sin embargo, pocas veces ella significa una auténtica compartición de responsabilidades. Difícilmente pueda un hijo o esposo tener la mente serena ante una catástrofe inesperada de esa magnitud y responder adecuadamente a esos planteos. Es muy posible que más adelante, ya aquietado el ánimo, piense de otra manera y hasta crea que fue presionado para contestar de aquel modo. Existe una abundante jurisprudencia sobre el "consentimiento informado", es decir, las severas condiciones que deben darse para que tenga validez el consentimiento de una persona, en este caso un paciente o su allegado, para un acto médico.

Esa decisión del interesado, además de no ser firme, puede ser cambiante. Freud y otros psiquiatras han estudiado las reacciones psicológicas comunes ante la toma de conciencia de la muerte inminente. La mayoría coincide en

que la primera reacción suele ser el "shock": el sujeto queda atónito. En su aturdimiento, no comprende las ratificaciones, por claras y objetivas que ellas sean. Hasta puede más tarde no recordar la trágica noticia recibida.

De esta primera reacción se suele pasar a la de la negación: "No puede ser cierto...", "pero si yo me siento (o, él se siente) perfectamente bien...", "tiene que haber un error en el análisis o en la radiografía...". Y así empieza la repetición interminable de estudios, de consulta a nuevos médicos en busca del que cambie el pronóstico, etc.

El tercer período empieza cuando las evidencias impiden cerrar los ojos ante la verdad. La certeza del triste fin lleva al estado depresivo, al desánimo, al abandono de todo, hasta del tratamiento paliativo. No es raro el sujeto que se suicida para evitar la otra muerte, quizás más dolorosa o en circunstancias más duras: infección, úlceras, deformidades.

Finalmente se llega a la etapa de equilibrio, en la que el sujeto, desahogadas las pasiones, asume la situación con cordura y, si está bien acompañado, sin mentiras ni histerismos ni crueldades, vive en paz y con ecuanimidad este último tramo de su vida.

Así está dicho. No todos están de acuerdo, sin embargo.

En una de sus obras, Voltaire, refiriéndose a esta circunstancia, dice, más o menos textualmente: nadie pierde algo muy valioso sin mucha pena. El que pierde lo más valioso de esta vida, que es la vida misma, sonriendo y aparentando paz, es porque es un hipócrita y miente hasta en sus momentos postreros.

Es imaginable la situación del paciente recientemente operado de implantación de corazón artificial en Estados Unidos. En todo momento ese paciente tuvo a su alcance, la llave que podía desconectar a ese corazón y acabar con su vida. Pueden suponerse las varias y contradictorias emociones y tentaciones que habrá tenido ante la

opción que se colocaba a su libre y circunstancial arbitrio.

Existen también factores socioculturales que influyen en el enfrentamiento con la realidad. Evaluando la actitud de la gente ante la enfermedad y el dolor, un investigador halla que los italianos suelen atemorizarse más y soportar menos que los anglosajones y los judíos, menos aún que los italianos. La diferencia esencial consistiría, en verdad, en que los anglosajones tienden a interpretar al dolor como una agresión física simple, mientras que los italianos perciben en él, una connotación de peligro para su vida y los judíos, por su parte, una eventual amenaza a su existencia como parte integrante de su pueblo.

El buen cristiano no temerá el pasaje de esta vida a otra mejor, pero de todos modos, los adelantos de la ciencia, que han hecho a la muerte más previsible y aparentemente retrasable, hacen que la gente esté más dispuesta a avizorarla desde lejos. Cada vez abundan más en los consultorios médicos, las personas que, después de los 40 ó 50 años, tienen a sobrevivir como principal motivo de preocupación. Ello coincide con el enorme auge de los medicamentos que pretenden detener el paso de los años ("antiarterioesclerosos", "vasoactivos", "geriátricos", etc.). El "más vale malo conocido que bueno por conocer", es entendido por muchos como la preferencia de este pécero mundo a cualquier otra alternativa.

Lo dicho hasta aquí — y muchas otras vivencias personales— subyace en las respuestas que obtiene el médico cuando consulta con la familia de un comatoso, sobre la posibilidad de detener un respirador o un marcapaso. Por otra parte, el médico —que tiene también sus angustias, y sentimientos— presentará, quiéralo o no, la situación a la familia o al paciente, con bastante semejanza a lo que sería el planteo para él mismo, en su propio contexto vital, quizás muy distinto del del paciente

Tampoco ignora el médico que, aún contra su voluntad, su modo de plantear la situación influirá poderosamente en la decisión que finalmente se adopte. Tampoco ignora lo aleatorio de las opiniones que pueda obtener, según hemos comentado más arriba. De allí a tomar la decisión por su cuenta, hay un solo paso, con o sin la apariencia de una decisión compartida.

Esta situación, ejemplificada con el moribundo y el médico, vale también para una serie de circunstancias en las que el que está al servicio de algo, acaba por manejarlo como si fuera propio. En estos casos, hay gran peligro de que la decisión se base en los dos o tres parámetros básicos y se ignoren toda una serie de valores que importarían mucho al interesado. Para nuestro ejemplo del comatoso, ello sería la conducta del médico que toma como indicadores definitorios a un determinado grado de fiebre, o de oxigenación sanguínea, o de uremia, o de respuesta a un determinado estímulo. Pasadas ciertas cifras, no hace falta averiguar más ni pensar más y es inútil consultar: el caso está perdido, el aparato respirador o el marcapaso cardíaco deben ser detenidos.

No debe olvidarse que en esta decisión suele participar la necesidad —a veces perentoria— de otro paciente, seguramente recuperable, de usar ese marcapaso o respirador, o ese corazón para serle transplantado. Esta opción de quien puede aprovechar mejor de lo que escasea, es decir, la decisión de dejar morir al irrecuperable en aras del recuperable, es también la del médico en el campo de la batalla, que dedica sus primeros auxilios a aquellos que tienen mayor probabilidad de sobrevivir, con lo que resulta que los más graves no son atendidos y sí, los más leves. Esa es la misma situación del médico que, teniendo dos pacientes en angustiada espera de un donante de riñón para serle injertado y así sobrevivir, al llegar uno solo y tener que elegir a quién de los dos colocárselo, se

decide por el paciente que tiene más alto cociente intelectual, para que ese riñón sea mejor aprovechado; es el caso del obstetra que debe elegir entre la *vida de la madre y la del hijo*.

En estas y otras circunstancias similares, la repetición lleva finalmente a fijar una norma general que se adapte a la mayoría de los casos y que no signifique una tortura moral cada vez reiterada. En este orden de ideas, no se tarda en reglamentar la situación. Pronto, la decisión de detener el aparato, la podrá tomar cualquier persona —no es necesario que sea el médico a cargo del paciente —cuando los aparatos marquen tales o cuales valores. Esa persona no necesitará atender —no atenderá— a otros hechos más que a esos dos o tres valores.

De esas "anteojeras mentales" es un buen ejemplo, un estudio que causó sensación en los medios científicos —y políticos— publicado hace unos diez años por un investigador norteamericano de apellido Milgram. Consistía aproximadamente en lo siguiente: una serie de personas fueron contratadas para hacer un estudio sobre sensibilidad cutánea. Unos, experimentadores, aplicarían estímulos y otros, experimentados, dirían qué sensación percibían, en especial su magnitud. Para evitar la influencia interpersonal, experimentador y experimentado estaban en habitaciones separadas, lo que les impedía verse y oírse. El experimentado informaba de sus sensaciones por medio de un sistema telefónico. El experimentador aplicaba estímulos —pequeñas descargas eléctricas de intensidad graduable— y el experimentado iba diciendo en cada oportunidad lo que sentía.

A los experimentadores, se les explicó la seriedad científica necesaria y la importancia de la investigación, que permitiría averiguar diferencias individuales de sensibilidad y eventualmente, el valor de drogas analgésicas. Con los experimentados, en cambio, había un engaño. Estos eran, en verdad, acto-

res que no recibían los estímulos que los experimentadores creían aplicarles, pero conocían su pretendida intensidad por la graduación de intensidad y color de una luz que se encendía delante de cada uno. Estos actores fueron instruidos para expresar aparatosamente dolor, cuando los estímulos pretendidamente aplicados se fueran haciendo intensos.

El resultado fue que los experimentadores, imbuidos de su responsabilidad ante esa investigación científica, aplicaron estímulos "evidentemente" muy dolorosos a sus "experimentados". Si algún experimentador flaqueaba, el solo recordarle esa responsabilidad, el compromiso contraído y la importancia del estudio, bastaba para inducirlo a continuar aplicando descargas eléctricas cada vez más intensas, a pesar de los desgarradores gritos de dolor que finalmente le llegaban desde el otro lado. Prácticamente no hubo defecciones y el experimento llegó a su fin. Aparentemente se estudió la respuesta de distintos sujetos ante estímulos dolorosos, pero realmente lo que se estudió, fue la psicología de los experimentadores: sujetos normales —asusta pensar que cualquiera de nosotros es también normal— fueron capaces de torturar a un prójimo desconocido en aras de un objetivo que probablemente no comprendieron muy bien y por el que no tenían motivación poderosa; sin necesidad de aleccionamientos energéticos, llegaron a extremos a los que cada uno de nosotros cree que jamás llegaría.

Al igual que el que detiene un marcapaso basado en la observación fría de tres o cuatro cifras, estos experimentadores fueron tremendamente crueles basándose solamente en la observancia fría y con anteojeras de tres o cuatro directivas técnicas más: un cierto concepto de lo que es la disciplina.

Lo grave de esto es que el hecho es mucho más general que lo que podría creerse. La capacidad de gente común,

de dejar de percibir hechos conocidos, evidentes e importantes (en ese ejemplo sería si el fin justificaba los medios), es la base del mecanismo paradójicamente llamado de "eficiencia burocrática". Esta es la situación del que, a fuerza de cumplir férreamente lo esencial y básico de su tarea, acaba por no cumplirla auténticamente; es la del empleado de la ventanilla de informaciones de una oficina pública que, a fuerza de limitarse a responder esquemática y lacónicamente a las preguntas que recibe, sin esforzarse por conocer el contexto general, la inexperiencia del consultante y el verdadero interés y necesidad de la consulta, acaba por no informar lo que importa y, por lo tanto, por no cumplir su misión, que es la de facilitar la tarea del público; es también, la situación del automovilista que arranca velozmente, basándose solamente en la aparición de la luz verde, sin asegurarse que no hay un peatón cruzando la calle; es la del docente que reprueba al alumno que no da una respuesta acertada, sin averiguar si el error no es consecuencia de un razonamiento lógico, que valdría más que un acierto, producto exclusivo de la memoria. Es el caso de las ovejas de Panurgo, que solo entendían que debían seguir la ruta de las que las precedían; es la del sujeto que recibe un obsequio y lo acepta sin averiguar el porqué le llegó y los compromisos que el aceptarlo le significan.

Ese "síndrome de la oveja" es propio de muchos que expresamente prefieren no saber —o, lo que es lo mismo, se dejan "desinformar"— sobre las circunstancias de su tarea o, en conjunto, sobre su vida "aquí y ahora". Ese ignorar —involuntario o semivoluntario— permite no tener opinión y, por lo tanto, responsabilidad, pretendiendo conservar la dignidad.

Los testigos de un delito que luego, para "ahorrarse problemas", dicen ignorarlo todo, son la expresión voluntaria y consciente de lo que en los otros ejemplos eran involuntario e incons-

ciente y que en muchos, quizás la mayoría, es semivoluntario y semiconsiente. Sería bueno saber en que medida los "experimentadores" del estudio de Milgram no preferían mantenerse en la semiignorancia, no preguntar demasiado y dejarse convencer sin mucha resistencia, para poder cobrar su salario e irse a su casa sin problemas legales ni morales.\*

Esta situación fue la de los habitantes de las regiones de los campos de concentración en la Alemania Nazi o de otros genocidios más modernos, que "ignoraban" todo lo que allí sucedía y, por lo tanto, no tenían obligación moral de oponerse o reclamar por ello. Es también, la misma situación del que acepta ser llevado de las narices por una prensa tendenciosa o por una campaña promocional. Las frases:

"No se puede nadar contra la corriente", "al fin y al cabo todo es relativo y depende de las circunstancias", "la información disponible no permite otra interpretación de los hechos", justifican la irresponsabilidad.

Esa es también la actitud del médico que, ante un paciente con fiebre, receta automáticamente antibióticos; ante un paciente nervioso, sedantes; ante un bulto, cirugía; ante un débil, vitaminas; ante un anciano, el último "antiarterioescleroso"; ante un embarazo no deseado, aborto.

Y con todas estas formas de esclavitud mental, resulta que en este mundo aumentan más los esclavos que los esclavistas, así que en buena ley de ofer-

ta y demanda, la esclavitud acaba siendo mal pagada y esa dignidad, que pretenden conservar los del síndrome de la oveja, acaba desmedrada.

Ante este panorama, es inevitable añorar la indisciplina y la rebeldía de los jóvenes de antes, los cuestionamientos y la desconfianza, la inquietud del que pretende tener ideas propias, aunque con frecuencia las tenga equivocadas. Este juego de tener ideas es como un capital cualquiera, del que puede haber abundancia o escasez, riqueza o miseria.

Así como, según dijimos al principio de este artículo, la vida física puede ser aparente, sostenida artificialmente por medio de aparatos, la vida intelectual —el alma— también puede llegar a reducirse a marcapasos; por ejemplo: cuando un sujeto entra en la miseria espiritual, aquella que, a diferencia de la miseria económica o física, suele ser tan confortable, que el que está en ella pronto deja de sentir la necesidad de salir; cuando en esa paz y quietud, los espacios vacíos se rellenan con cosas, al estilo de "ser o tener" de Fromm, los tiempos destinados normalmente a averiguar, juzgar, ensayar, sacar conclusiones y decidir conductas se dedican a recibir alimentación (espiritual) predigerida: espectáculos deportivos (habitualmente seudodeportivos), espectáculos pseudoartísticos (desde los dibujos animados hasta la pornografía), producciones pseudoliterarias (desde la historieta hasta el *best seller*), pseudociencia (desde el dogma social o comercial hasta el *Magister dixit*); con una serenidad cada vez mayor y con

requerimientos de materias primas cada vez menor, los mecanismos propios del sujeto dejan de funcionar y sus necesidades resultan gobernadas desde fuera.

Pronto se llega al punto de no retorno. El sujeto —a veces es un grupo o un pueblo entero— se halla entonces en una situación equivalente a la de la terapia intensiva; recibe por múltiples canales alimento básico predigerido sintético, fabricado expresamente para ser consumido de inmediato, privado de una cantidad de componentes (sus gustos personales, su trabajo) que influyen en su efecto, adaptado para su personalidad o para su rechazo y que normalmente, debería ser configurado por sus sentimientos, por su deseo de cumplir su misión en este mundo (NUNCA SOLO DE PAN VIVE EL HOMBRE). Se llega en cierto momento a un plateau que ya conocemos: ¿Es eso una auténtica existencia? ¿Se justifican los gastos y esfuerzos para mantener esa situación? ¿Vale la pena consultar al interesado o a sus voceros? ¿En qué tapa freudiana estará? ¿O, cómo Voltaire, se aferrará a la subsistencia a cualquier precio? ¿No convendrá, aplicando algún esquema operativo comprobado en otros casos, dar otro destino a este ser, entidad o pueblo, aunque sea para transformarlo en alimento o en servicio para otros, con mejores perspectivas?

La decisión se tomará, probablemente, sin odio ni apasionamiento con perfecta "eficiencia burocrática" por quien tenga el poder para ello...

Salvo que...



Doctor Julio C. Ortiz de Zárate

Profesor de Neurología de la Universidad del Salvador. Profesor de Neurología de la Universidad de Buenos Aires. Ex-Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador. Ex-Becario en el Instituto Ca-

jal, en La Salpetriere y en el Max Planck Institut für Hirnforschung. Miembro de la Royal Society of Medicine, de la Deutsche Gesellschaft für Neurologie, de la American Academy of Neurology, de la Sociedad Argentina de Genética, de la American Association for the Advancement of Science, etc.