

# Bioética y procesos de religiosidad entre los pacientes con enfermedades terminales en Brasil

Alvaro Angelo Salles

## Resumen

Los avances tecnocientíficos de las últimas décadas contribuyeron para aumentar la cantidad de pacientes con enfermedades terminales en el mundo. Por consecuencia de la milenaria conexión entre la fase de terminación de la vida y los procesos espiritualistas, este hecho adquirió aspectos peculiares en Brasil, país en que el número de segmentos religiosos/espiritualistas se multiplicó los últimos años. El presente trabajo busca mostrar que la diversificación de las necesidades de pacientes brasileños en relación al bienestar espiritual en la fase final de la vida puede generar nuevos dilemas bioéticos al profesional de salud que ignore los fundamentos de las principales corrientes espiritualistas del país. Defendiendo que este conocimiento se constituya en herramienta útil para el profesional de sanidad que desee observar los principios de beneficencia y respeto a la autonomía del paciente, el texto dispone las orientaciones básicas de las principales líneas espiritualistas brasileñas sobre los procesos de muerte y de morir.

**Palabras-clave:** Bioética. Autonomía. Testamento vital. Terminación de la vida. Creencias religiosas. Paciente terminal. Enfermedad terminal.

## Resumo

### Bioética e processos de religiosidade entre os pacientes com doenças terminais no Brasil

Os avanços tecnocientíficos das últimas décadas contribuiram para o aumento do número de pacientes com doenças terminais no mundo. Em decorrência da milenar conexão entre a fase de terminalidade de vida e os processos espiritualistas, esse fato assumiu aspectos peculiares no Brasil, país em que o número de segmentos religiosos/espiritualistas multiplicou-se nas últimas décadas. Este trabalho procura mostrar que a diversificação das necessidades de pacientes brasileiros com referência ao bem-estar espiritual na fase final da vida pode gerar dilemas bioéticos novos para o profissional da saúde que não conheça os fundamentos das principais correntes espiritualistas do país. Defendendo que tal conhecimento é ferramenta útil para o profissional da saúde que quer observar os princípios da beneficência e do respeito à autonomia do paciente, o texto disponibiliza algumas orientações básicas das principais linhas espiritualistas brasileiras sobre os processos da morte e do morrer.

**Palavras-chave:** Bioética. Autonomia. Testamento vital. Terminalidade de vida. Crenças religiosas. Paciente terminal. Doença terminal.

## Abstract

### Bioethics and religious processes among terminally ill patients in Brazil

The techno scientific advances in the last decades have contributed to increase the number of terminally ill patients in the world. Given the millenary connection between life's terminal phase and spiritualist processes, this fact has gained peculiar shades in Brazil, a country where the number of religious/spiritualist-oriented segments has also multiplied in the last decades. This study seeks to demonstrate that the diversification of Brazilian terminally ill patients' needs regarding the spiritual wellbeing may bring about new bioethical dilemmas for health professionals who are not familiar with the tenets of the current main spiritualist followings in Brazil. Supporting the fact that this knowledge is an important tool for health professionals who seek to observe the principles of beneficence and patient's autonomy, this paper provides some basic orientations of the main Brazilian spiritualist tenets about the processes of death and dying.

**Keywords:** Bioethics. Autonomy. Living will. Life terminality. Religious beliefs. Terminal patient. Terminal illness.

**Mestre** alvaroangelo7@yahoo.com – Escola de Medicina da Faculdade de Minas (Faminas), Belo Horizonte/MG, Brasil.

## Correspondência

Rua Euclásio 231, apto. 504. Santa Efigênia CEP 30260-210. Belo Horizonte/MG, Brasil.

Declara não haver conflito de interesse.

Dos hechos, aliados, iban a contribuir para el reciente surgimiento de algunas situaciones dilemáticas al profesional de la salud en Brasil: los avances tecnológicos y científicos que llevaron al aumento del promedio de vida de la población del mundo y, naturalmente, del número de pacientes en fase terminal; y la multiplicación de las religiones, de las sectas y de los segmentos de naturaleza espiritualista en Brasil, en paralelo a la pérdida de la hegemonía de la Iglesia Católica en el país. Dada la milenaria conexión entre la fase terminal de la vida y los procesos espiritualistas, comenzó a crecer el número de peticiones de pacientes con referencia a posturas o rituales con los cuales el profesional de la salud brasileño tal vez no estuviera familiarizado, lo que generó dilemas.

Los principios de la bioética se presentan aquí como un camino para auxiliar en la solución del punto muerto, dándose énfasis a los principios del respeto a la autonomía, de la beneficencia y de la alteridad. Como soporte para la práctica de tales principios, se presentan y discuten informaciones básicas acerca de la muerte y el morir desde la perspectiva de algunas de las principales religiones, sectas o corrientes espiritualistas existentes actualmente en Brasil.

### La tecnología y la cuestión de la muerte

Gracias a los profundos avances tecnológicos y científicos producidos a partir del inicio del siglo XX, se hizo posible prolongar la vida humana por periodos nunca imaginados. Según proyecciones de Camarano <sup>1</sup>, el número de ancianos en el mundo en 2050 corresponderá a casi una cuarta parte de la población. En Brasil, en 1950, el porcentual de personas con más de 60 años era de 4,9%; en 2000, de 7,8%; la proyección para 2050 es de 23,6%. A la vez, los límites del periodo conocido como *terminalidad de la vida* han sido afectados directamente por las posibilidades médico-tecnológicas de mantenerse un paciente vivo por periodos prolongados.

Nunes <sup>2</sup> considera como enfermo terminal a la persona que está en la fase final de la vida, siendo que la determinación de ese periodo es casuística. El autor todavía cree que, en una acepción generalizada, ese término se aplica al paciente cuya enfermedad no responde a ninguna terapéutica conocida, estando él en un proceso que conduce irreversiblemente a la muerte. A tales características añadimos las observaciones de la Asociación Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) <sup>3</sup>, que entiende como enfermo terminal la persona que tiene, un promedio, de tres a seis meses de vida, periodo estimado

por criterios de objetivación de pronóstico. Como el paciente puede estar incapacitado de expresar sus pensamientos, se sobreentiende, para los efectos de esta discusión, que sus voluntades podrán expresarse por su representante legal o su familia.

En el siglo XX, la medicina fue profundamente afectada por el cientificismo y por un acelerado proceso de tecnificación. Esos factores hicieron que cuestiones más abstractas y sutiles se desconectasen gradualmente de la práctica médica. Como el factor humano no ha acompañado *pari passu* la evolución técnica, el hospital pasó a correr el serio riesgo de no ser más fiel a su función principal, eso es, la *hospitalidad*. Conforme Salles <sup>4</sup>, el reto se convirtió optar entre tecnología y calor humano, o bien integrar al desarrollo tecnológico un carácter humanístico. Esta última opción fue defendida por Potter <sup>5</sup>, que enfatizó la necesidad de reunir conocimiento biológico con valores humanos para lograr una nueva sabiduría tocante a los días actuales. A principios de la década de 1970, Hellegers <sup>6</sup> preveía que los problemas que se presentarían a los médicos en las décadas subsecuentes serían cada vez más de carácter ético y cada vez menos técnico-biológico.

En el centro de esa discusión, los dilemas éticos alrededor del tema de la muerte evidentemente serían de relevancia y de muy complejos. Al cabo, el *tabú* de la muerte (pues es así que generalmente se considera) se revela, en su esencia, como el de la intimidad. Si empezamos a mirar hacia el fenómeno, veremos que, al tratar de él, es para el más profundo de nosotros mismos que direccionalaremos la mirada. “¿Quién soy? ¿De dónde vine? ¿Para dónde voy? ¿Existe el más allá? ¿Tengo autonomía sobre los procedimientos a llevarse a cabo en mi cuerpo? ¿Y sobre la decisión del momento de mi muerte?” Hacer ese enfrentamiento nos obliga a una reflexión acerca de nuestra propia vida, nuestro fundamento como seres humanos, nuestros valores más profundos. En el mundo actual, esos planteos generalmente son evitados, pero, en el caso de los profesionales de la salud que se ocupan con enfermedades terminales, no hay como huir del ámbito de tales reflexiones.

### Dilemas de naturaleza espiritual en la terminalidad de la vida

Durante el transcurso de enfermedad, el paciente ya conoce un proceso de pérdidas, dolores y ansiedad. Él enfrenta rupturas sociales y se hace vulnerable al ser retirado de su entorno socio-familiar, teniendo así que buscar un sentido de vida de acuerdo con esas nuevas condiciones. Con la pers-

pectiva de la muerte, aumenta la complejidad de esos procesos y, consecuentemente, aumentan las cuestiones éticas y existenciales sobre *si, cuándo y en qué nivel* el profesional de la salud debe intervenir. Surge la necesidad de establecer criterios claros y precisos para una buena práctica clínica por parte de los profesionales involucrados.

En la búsqueda de esos criterios, se percibe con facilidad que, últimamente, se ha fortalecido el entrelazamiento entre medicina, bioética y psicología, ya que el hombre puede ser considerado, en primera instancia, un ser biopsicosocial, habiendo muchas facetas a considerarse en sus cuidados. Barnard y colaboradores<sup>7</sup> defendieron la necesidad de que los profesionales también tengan conocimientos sociológicos y culturales del proceso de la muerte, además de habilidades de comunicación y de la práctica del autoconocimiento y de la reflexión. Sin embargo, es la faceta de la espiritualidad que, casi inevitablemente, se manifiesta de modo significativo en el periodo de la terminalidad de la vida.

Casi siempre hay un tipo de manifestación religiosa presente en los rituales de la muerte y del morir, por más que la persona implicada haya adoptado a lo largo de la vida una posición contraria a cualesquier religiones o creencias. Inevitablemente hay un familiar, amigo o alguien interesado en la tranquilidad del paciente o del fallecido en nivel diferente del físico. Y esta persona le trae objetos que supuestamente curan o causan bienestar, o dedica al muerto una oración durante el funeral, o extiende su consuelo a los familiares con frases dictadas por fundamentos de espiritualidad. El enfermo, a su vez, se encuentra en situación de vulnerabilidad, y, de esa forma, su búsqueda por apoyo o socorro puede aumentar su deseo de que, en la ocasión, se adopten ciertos procedimientos vinculados a su ámbito espiritual. Sin embargo, las peculiaridades de los deseos de carácter espiritualista del paciente pueden significar procedimientos distintos de los estandarizados en los hospitales.

Cuando eso se pasa en un país multicultural como Brasil, donde varias razas se mezclan y conviven inúmeros tipos de inmigrantes, la cuestión es más compleja, pues es mayor el número de religiones, sectas o doctrinas seguidas. Durante siglos, la Iglesia Católica dictó a los brasileños los rituales vinculados a la muerte. Por el censo de 1872, el 99,6% de los brasileños eran católicos. Ya en las tres últimas décadas el porcentual fue del 64%. Y se observa continua tendencia de caída, con disminución del 12% del índice solamente en la última década, conforme el Instituto Brasileiro de Geografía e Estatística (IBGE) (Instituto Brasileño de Geografía y Estadística)<sup>8</sup>. A la

vez, se comprueba una multiplicación de segmentos religiosos en el país, que adoptan diferentes pensamientos acerca de la muerte y del morir.

No es difícil comprobar la creciente influencia de la orientación espiritualista del paciente sobre la toma de decisiones del profesional de la salud. El ejemplo de eso son las decisiones sobre la transfusión de sangre o la manipulación del cuerpo inmediatamente después de la muerte. ¿Lo que sucede, entonces, si la voluntad del moribundo y/o de su familia no se ajusta a los procedimientos habituales o, a los rituales religiosos más conocidos de los profesionales de la salud que lo atienden? ¿Hasta qué punto cabe al profesional que no está familiarizado con ciertos procedimientos (que pueden parecerle incluso extraños) tener en cuenta el lado espiritualista del paciente? Creemos que, para la solución de esos y otros dilemas similares, el profesional encontrará subsidios en la bioética.

### El papel de la bioética en los procesos religiosos de la terminalidad

Por mucho que la medicina, la psicología u otros saberes y ciencias hayan ofrecido orientaciones para ayudar al profesional a tomar decisiones que beneficien al paciente, merecen destaque las orientaciones de la bioética en relación con la fase terminal de la vida. La “distancia” entre el profesional y el paciente puede ser disminuida o vencida si se toman en cuenta ciertos principios, como respeto a la autonomía del paciente, la beneficencia y, de modo especial, la alteridad.

Para los bioeticistas sudamericanos, en el principio de la alteridad están englobados valores humanos como cuidado, compasión y misericordia. Eso porque, si se define de manera sucinta – pero aclaradora –, la alteridad se traduce en un movimiento por el cual el individuo busca colocarse en el lugar del otro y sentir o experimentar sus necesidades, dolores y limitaciones. Para Hennezel y Leloup<sup>9</sup>, no temer el sufrimiento del otro y tomarlo dentro de sí, sería la verdadera compasión. Aunque en el principio de la alteridad no se discuta muy a menudo en los libros de bioética, él es de extrema importancia. Irónicamente, esa afirmación suele ser comprobada en situaciones en que tal principio está *ausente*, como, por ejemplo, cuando encontramos un profesional de la salud que se fija sólo a la técnica en sus procedimientos.

Las resoluciones del profesional pueden cambiarse drásticamente si él está direccionado por el principio de la alteridad, colocándose en el lugar del paciente y mirando la cuestión “con los ojos del

otro". La diferencia entre esas decisiones fue verificada por Asai, Fukuhara y Lo <sup>10</sup>, que compararon la conducta de médicos japoneses en un caso propuesto de un paciente anciano en fase terminal y con cáncer diseminado. Los médicos, inicialmente, optaron por conductas bastante agresivas e invasivas direccionadas al mantenimiento de la vida del paciente. En una segunda etapa, los investigadores requirieron a los médicos que buscaran colocarse en el lugar del paciente e indicaran cuáles conductas aplicarían a sí propios. La tasa de intervencionismo y procedimientos invasivos cayó drásticamente, las transfusiones de sangre bajaron del 74% al 29%, la nutrición parenteral total pasó del 67% al 33% y el uso de drogas vasopresoras cayó del 61% al 25%. Se demostraba de esa manera que, mientras se veía al paciente como objeto, las decisiones tienden a reproducir la perspectiva técnica, que, en primera instancia, constituye el centro de la transmisión formal de conocimiento que formó el profesional, pero cuando el médico se coloca en el lugar del otro, personificando un acto de compasión, son diferentes los procedimientos que él adopta.

Cada ser tiene muchos sistemas de valores y creencias, incluso los éticos y los religiosos. Esos sistemas pueden no ejercer influencia de destaque en la juventud o en la madurez, pero suelen ganar poder en el periodo terminal de la vida. Nuestra actitud ante la muerte siempre es herencia de nuestra cultura y religión, a cuyas representaciones tenemos la costumbre de corresponder. La imagen que tenemos de la muerte y del sufrimiento está internalizada en nosotros, pero apenas la analizamos. Por ello, se pueda ver la cuestión de la muerte bajo las perspectivas diversas y de acuerdo con el ambiente cultural. Y el profesional no siempre conoce esas diferentes visiones.

### Aplicando los principios de la autonomía y de la alteridad

El cuidado, la compasión y la misericordia, valores alojados en el centro del principio bioético de la alteridad, van a exigir reflexión y estudio del profesional de la salud que trata de enfermo en fase terminal, tal cual el principio del respeto a la autonomía del paciente. Cuando las necesidades del paciente son provenientes de una creencia espiritual, será más fácil al profesional de interpretarlas, entenderlas y, posiblemente, acomodarlas al entorno hospitalario si se tiene algún conocimiento acerca de tal creencia. Los datos aquí ofrecidos pueden representar una oportunidad de reflexión acerca del respeto a las creencias ajenas, lo que constituiría un

proceso bioético (y, así, "humano") de acogimiento, para contrarrestar el proceso de tecnificación que rodea al paciente. De ahí la necesidad de discutirse aquí no sólo la relación del profesional con el paciente en la terminalidad de la vida, sino enfatizar aún aspectos del proceso de morir, como, por ejemplo, la manipulación del cuerpo y la manera como ese cuerpo será descartado.

### Perspectivas acerca de la muerte y el morir

#### Budismo

El budismo no está estructurado como un bloque homogéneo de doctrinas, como sucede en muchas otras religiones. Posee diversas escuelas y principios filosóficos, incluso a veces divergentes. Aquí se van a enfocar aspectos comunes a sus ramas en lo que respecta a la muerte y al morir.

Están entre los conceptos básicos del budismo que (1) *todo en el universo es transitorio y todos los seres que nacen están condenados a morir* y que (2) *el sufrimiento es una constante en el universo, y todos los seres sufren, envejecen, se enferman y mueren*. Esos preceptos forman parte de las llamadas Cuatro Nobles Verdades <sup>11</sup>.

Integrando las enseñanzas budistas está el constante entrenamiento de la mente para que se mantenga calma y observadora, especialmente en los momentos que se acercan a la muerte. Esa preparación para la muerte está presente en casi todas las prácticas budistas, entre las cuales se destaca la práctica para la muerte consciente, llamada de *P'owa* <sup>12</sup>. El texto más famoso del budismo acerca de la muerte es el "Libro Tibetano de los Muertos" (*Bardo Thodol*), que describe en detalles el pasaje de este mundo al otro.

Existe en el budismo la noción de reencarnación posterior a la muerte física del cuerpo. Así, en el pensamiento budista son inútiles y contraproducentes los llantos y las lamentaciones de los familiares y amigos en los momentos antes o poco después a la muerte de la persona. Se consideran muy importantes grandes periodos de silencio para el enfermo poder hacer sus meditaciones y sus rituales sin ser molestado.

Antes del enfermo dar su último aliento, el acompañante debe dar, suavemente y con la punta del dedo indicador derecho, una sucesión de pequeños toques exactamente en el centro de la parte superior de la cabeza del recién-fallecido, para atraer su enfoque de atención al llamado *chakra* coronario, que allí se ubica y por donde se cree que el espíritu deja el cuerpo <sup>13</sup>. Se pueden usar incluso algunas sustancias específicas, que son colocadas en

la parte superior de la cabeza, con el fin de atraer la consciencia para el *chakra* coronario <sup>14</sup>, pero no se debe tocar en ninguna otra parte del cuerpo en ese momento, lo que sería una falta de respeto a las creencias del moribundo (y, por tanto a su autonomía). También habría una ruptura del principio bioético de la no maleficencia, pues, por la visión del budista, se estaría causando mal al paciente y perjudicándolo a su preparación para una posterior reencarnación.

Los budistas creen que el espíritu de la persona pueda tardar a salir del cuerpo, el cual deberá, siempre que posible, estar en decúbito lateral derecho <sup>15</sup>. El promedio del periodo de salida es de tres días, pero creen que el proceso puede tardar hasta siete días. De esa forma, los budistas tienen gran preocupación con las manipulaciones hechas en el cuerpo tras la muerte, que se deben evitar al máximo. Si hubiere absoluta necesidad de manipular el cuerpo, se debe tocar antes en su cabeza <sup>15</sup>. La constatación de la salida del espíritu se confirma por algunas señales físicas que el cuerpo presenta y que son declarados por un monje con más experiencia, líder del grupo que acompaña el muerto <sup>13</sup>. A partir del momento en que el espíritu fue liberado, el cadáver ya no es importante para el budismo, diferentemente de lo que pasa en otras religiones.

Una práctica usual del budismo a la hora de la muerte es la recitación de cantos y mantras o la lectura de textos específicos. Es la llamada liberación por la escucha, pues se cree que el espíritu pueda guiarse por las palabras proferidas por los acompañantes <sup>14</sup>. Es recomendación personal del actual Dalai Lama, de la ramificación Vajrayana del budismo, que los amigos se turnan hablando con voz baja al oído del paciente y pasándole las enseñanzas espiritualistas, hasta el cesar de la respiración <sup>16</sup>.

Otra preocupación es traer a la habitación del paciente su altar de oraciones, el cual deberá quedar constantemente a la vista, consistiendo un acto de respeto a su autonomía de la creencia. Sin embargo, a menudo, tal procedimiento puede provocar incómodo para la parte administrativa del hospital, que mantiene el control sobre la entrada y la permanencia de objetos en el ámbito hospitalario. Sería deseable, que los administradores considerasen el principio bioético de la beneficencia, una vez que la aceptación de ciertos objetos vinculados al culto del paciente resultará mayor tranquilidad a la persona en sus momentos finales <sup>17</sup>.

No hay, en las prácticas budistas, el apoyo al suicidio asistido. También no se acepta el uso de medicamentos que prolonguen la vida y que, a la vez, coloquen el paciente inconsciente, porque

es muy importante al budista hacer la transición a otro plano lo más consciente y calmamente posible <sup>18</sup>. También hay la ejecución del *Tonglen*, una práctica respiratoria que puede ser realizada por el acompañante del moribundo conocida como “transfusión de serenidad” o “transmisión de serenidad”. El acompañante realiza la práctica para calmar a sí propio y transmitir a moribundo la serenidad por él alcanzada <sup>19</sup>. Cuanto al funeral, casi siempre se elige la cremación <sup>17</sup>.

### Espiritismo

Es una religión (o, como prefieren algunos, una doctrina) que fue codificada por Alan Kardec en el siglo XIX. Sus textos más famosos son “El libro de los espíritus” y “O evangelio según el espiritismo”. Este último se basa en los evangelios cristianos, pero recibe interpretaciones de los llamados médiums mentores. El espiritismo tiene muchos puntos en común con el cristianismo, como la figura de Jesucristo con sus discípulos y, como los ya mencionados, evangelios bíblicos.

Un punto fundamental de divergencia entre las dos religiones respecta a las cuestiones de la reencarnación y del contacto con los llamados espíritus desencarnados. En común con el budismo, son las nociones de *chakras* como centros de fuerza del cuerpo y la teoría de la reencarnación. Sin embargo, al admitir una nueva encarnación solamente en otro cuerpo humano, difiere del budismo, que admite la posibilidad de reencarnación en un cuerpo de animal.

El espiritismo ve el ser humano en constante proceso de perfeccionamiento, a través de las lecciones de sus innumerables vidas. Considera el ser responsable por todo lo que a él le ocurre, de esa forma compartiendo con los budistas la noción de *karma* (ley de acción con su consecuente reacción). Siguiendo tal principio, el espiritismo valora la vida hasta su último aliento, una vez que se lo considera una forma de aprendizaje, y no admite la eutanasia y, en algunos casos, ni siquiera la ortotanasia <sup>20</sup>.

Su ritual funerario es el entierro. Pero, si se prefiere, se puede hacer la cremación, pero sólo tras los tres días de la constatación médica del óbito, porque se cree que una cremación anterior a ese plazo traería un proceso doloroso al espíritu del muerto, el cual todavía mantiene lazos energéticos con el cuerpo físico, y también porque la cremación es vista como un proceso muy rápido de separación entre el espíritu y el cuerpo. Vale la pena añadir que, a los espíritas, el proceso crematorio sólo debe ser usado por personas muy evolucionadas en los sentidos ético y espiritual <sup>21</sup>.



Hay una diferencia entre las ideas de muerte (la muerte del cuerpo físico, la irreversibilidad del proceso vital) y desencarnación (cuando la parte sutil de la persona logra romper los lazos de energía que la unía al cuerpo físico y se libera totalmente). Pero, en el espiritismo, la palabra “desencarnación” se puede usar en los dos sentidos.

No hay, en el espiritismo, creencias fuertemente contrarias al uso de órganos del muerto para trasplante, aunque se tome en cuenta el tipo de muerte (si violenta o no) y el estado emocional y psicológico de la persona al morir, así como previas manifestaciones de la voluntad de la persona cuanto a ser o no donadora de sus órganos<sup>22</sup>. Aquí puede surgir un confronto entre el principio de la beneficencia (si los familiares desean que los órganos del fallecido sean usados para fines de trasplante) y el de la no maleficencia (si el dirigente del grupo espírita al cual pertenecía el muerto cree que éste no tiene condición espiritual para hacer la donación). Para Teixeira<sup>23</sup>, en la creencia espírita, un donador involuntario y no preparado puede sentir, en el plano sutil, la falta del órgano y, así, sufrir por seguir unido emocionalmente a su cuerpo físico, lo que incluso podría contribuir, energéticamente, a la instalación de un proceso de rechazo en el organismo del receptor.

No existen disposiciones contrarias a la manipulación del cadáver. Tampoco hay preocupación mayor cuanto al estado de consciencia del moribundo (a diferencia del budismo) y a las medicaciones que le traerían cierto nivel de inconsciencia, pues los espíritas creen que, en el otro plano, siempre existirán las figuras conocidas como *amparadores*, que ayudarán al muerto a hacer la transición, esperándole al otro lado<sup>22</sup>. Aunque admitan la ventaja de la transición más consciente, creen que ello dependería del grado de progreso espiritual de la persona y de sus méritos en esta vida y en vidas anteriores.

El espiritismo entiende la muerte como parte natural de la vida, y el miedo de la muerte, como un fenómeno de reacción instintiva de autoconservación. Los tipos de muerte y de enfermedad estarán siempre vinculados a una herencia kármica. Los espíritas observan, todavía, que el proceso de desencarnación puede ser acompañado de fenómenos mediúmnicos y paranormales, derivados de los cortes energéticos entre el cuerpo físico y los llamados cuerpos sutiles en esa hora<sup>21</sup>.

La doctrina espírita es bastante popular en Brasil, y muchas personas que profesan la religión católica profesan, conjuntamente, el espiritismo.

### Religiones de origen africano (candomblé, umbanda y quimbanda)

Son las llamadas religiones afrobrasileñas, pues tienen relación con la llegada de los africanos esclavizados al Brasil. De acuerdo con Trindade<sup>24</sup>, son muy populares en muchos estados brasileños, sobre todo entre la población negra. En general, esas religiones adoptan ceremonias en que algunas personas – llamadas de “caballos de santo” – entran en trance y “reciben” entidades espirituales, las cuales “se ocuparán” de sus cuerpos, donde “cabalgarán”<sup>25</sup>.

Esas religiones son muy conectadas a la naturaleza y a sus fenómenos y, en ese sentido, pueden incluso ser consideradas como religiones de la naturaleza o ecológicas. Sus seguidores creen que es importante la energía de los ríos, del viento, del trueno y del bosque, elementos vistos como puntos de consciencia o seres energéticos, estando todos conectados a seres humanos. Así, la principal lección es saber conjurar y manipular las energías que se encuentran en la naturaleza, incluyendo los animales.

Enseña Ferreira<sup>26</sup> que, entre los rituales de las religiones de origen africano encontradas en Brasil, hay él que permite el sacrificio u ofrenda de un animal para mejorar la salud de un paciente, aunque en la fase terminal. Ese sacrificio se considera válido aunque el enfermo no sepa que se lo ha hecho en su intención. Esa creencia tiene fundamento en la noción de que la sangre sería una potente fuente de energía, un verdadero agente de transformación, de curación o de magnetización. Cuando criticados por los que dicen estar defendiendo a los animales de un sacrificio, los practicantes suelen argumentar que, ¿si todo el mundo usa animales para todo, por qué no podrían usarlo en rituales de ayuda?

En general, somos cuidadosos con nuestra cultura y creencias. Un visitante que entra calzado en ciertos templos de India puede ser expulsado del local de manera físicamente agresiva y con gritos, mientras que en Brasil sería plenamente acepto en iglesias o templos. También en India, en algunas regiones, un turista podría incluso ser linchado por la multitud si matara una vaca, mientras que, en Brasil, muchas personas realizan diversas celebraciones alrededor de la carne de animales asada. Esos ejemplos puntuales demuestran cómo puede ser difícil superar los límites de la propia visión de mundo.

Al igual que en los ejemplos anteriores, en Brasil son prácticamente insuperables las dificultades para el sacrificio de animales dentro del en-

torno hospitalario. Ante ello, la providencia más común con respecto a los enfermos seguidores de esas religiones es su retirada del hospital para que la transición se lleve a cabo en sus propias casas, con los rituales adecuados. Así, como en el ejemplo del sacrificio animal, es importante que el profesional busque siempre discernir, cuando ante a los varios dilemas surgidos en la terminalidad, si su repudio se genera por la compasión con el otro – el animal –, o porque su modo de pensar arraigado y su cultura se están cuestionando.

Los adeptos de las corrientes religiosas de origen africano creen que el espíritu del muerto queda rondando el cuerpo, pero aceptan las decisiones médicas de la muerte cerebral, no tienen restricciones al trasplante de órganos y, distintamente de los budistas, no creen que la manipulación del cadáver pueda perturbar o influenciar el espíritu en el periodo *post mortem*. Algunos grupos también aceptan la idea de la ortotanasia si un dirigente espiritual (conocido como *padre de santo* o *babalorixá*, que es el jefe del *terreiro* o de la casa donde se practica la religión) afirmar que el espíritu ya no está más en el cuerpo, aunque se lo esté manteniendo vivo a través de aparatos.

Los adeptos de esas religiones entienden que la muerte forma parte del ciclo de la naturaleza y que los familiares del muerto no deben dejarse llevar por fuertes emociones, porque estas pueden hacerlos vulnerables y fragilizados. Si se pasa eso, piensan los umbandistas, los espíritus desencarnados quedan junto a los vivos durante las acciones como comer, beber o hacer el amor, alimentándose de las energías emanadas por esos fenómenos fisiológicos<sup>27</sup>.

Creen en la reencarnación, pero piensan que ella se da siempre en el mismo clan, o sea, el espíritu reencarna en un mismo linaje familiar y entre miembros que tuvieron un vínculo especial en una vida anterior. En ese aspecto, difiere del espiritismo, según el cual la reencarnación ocurre para la liquidación de deudas (*karma*) y puede suceder en cualquier familia, en cualquier región del planeta.

En las religiones de origen africano existe también la creencia de que todos los seres humanos poseen mediumnidad en mayor o menor grado<sup>24</sup>. De manera distinta del espiritismo y del budismo, ellas no tienen textos dogmáticos, su tradición es oral y sus rituales son bastante variados, aunque siempre permanezcan conectados con las energías de la naturaleza.

### Catolicismo

Con respecto al cadáver, la Iglesia Católica no se opone al hecho de que sea tocado o manipulado y acepta la donación de órganos y la condición de muerte encefálica del paciente. Pero, no está de acuerdo con la abreviación del tiempo de vida, no aprueba, por tanto, la eutanasia, aunque algunos líderes aceptan la ortotanasia. No se cree en reencarnación en el catolicismo, aunque exista la creencia en la resurrección, que es el regreso de todos los muertos, en carne y hueso, en el día del Juicio Final.

Para el periodo de la terminalidad de la vida, la Iglesia aconseja oraciones para alivio de los sufrimientos físicos y psíquicos, así como el uso de las llamadas bendiciones de la salud. En el momento de la muerte o poco después, existe el ritual del sacramento de la unción de los enfermos, administrado por los sacerdotes. En grupos católicos más conservadores, se mantiene la tradición de hacerse las oraciones, por los familiares y amigos presentes, en el momento de la muerte, pero esa tradición está desapareciendo lentamente. Existen, en algunas localidades de Brasil, otros rituales para la hora de la muerte, como, por ejemplo: colocar una vela en la mano del moribundo o muerto; colocar cuatro velas encendidas, una en cada esquina del lecho o de la habitación; dar un crucifijo para el moribundo llevar al pecho con las dos manos; y lavar el cuerpo del muerto poco después del desenlace. Cuanto al adulto en fase terminal que no profese el catolicismo, siempre que posible, la Iglesia busca el permiso para bautizarlo.

Los católicos tienen dos preocupaciones de destaque cuanto a la muerte: la primera es con la muerte súbita, porque creen en un juicio particular que sucede poco después de la muerte y para el cual la persona puede no estar preparada si morir repentinamente; y la segunda es con los que se suicidan. Hubo ya una mitigación de las restricciones y prejuicios sobre los suicidas, pero, en algunos lugares, las discriminaciones siguen orientando la manera de actuar en relación a ellos. Una conducta que subsiste, más comúnmente en comunidades muy pequeñas, es la de enterrar el muerto en la parte de fuera del cementerio, donde la Iglesia todavía los “gestiona”. Con ello, la familia, ya discriminada por el acto del muerto, queda aún más marginada, lo que constituye una violación del principio bioético de la justicia.

### El testamento vital

Hoy no se puede más hablar sobre dilemas del profesional de la salud durante la fase de terminali-

dad del paciente sin mencionar el testamento vital. Él se compone de las directrices anticipadas de voluntad, entendidas como instrucciones que una persona da con antelación, relativas a los tratamientos que desea o que se niega a recibirlos en el fin de la vida, en el caso de tornarse incapaz de expresar su voluntad o de tomar decisiones por y para sí propia<sup>28</sup>.

Ese testamento, por tanto, se alinea en importancia a los deseos manifestados por el enfermo capaz de hacerse entender a lo largo de la fase terminal. Así como sucede en relación a las voluntades verbalizadas por el enfermo, el profesional de la salud puede notar que, en la base de las voluntades registradas por el paciente anticipadamente, en general se detectan raíces religiosas/espirituales. Por ello, el relacionamiento del profesional con el paciente en las cuestiones abarcadas por el testamento vital también puede ser facilitado por el conocimiento que el primero tiene de las concepciones espiritualistas del segundo. Igualmente, pueden ser ablandados los dilemas referentes al cumplimiento de la voluntad del enfermo – y, por tanto, referentes al respeto a la autonomía del otro.

Entendiendo las razones espirituales que permean la manifestación de voluntad de un paciente, el profesional de la salud consigue comprender, en nivel más profundo, la importancia de sus deseos. Consecuentemente, la actitud del profesional y las decisiones que toma en relación al testamento vital poseen mejor base. A la vez, el profesional encuentra mayor facilidad en dejarse guiar, en sus acciones, por principios bioéticos, como el respeto a la autonomía, la beneficencia y la alteridad.

Aceptando como verdad que, para actuar con mayor serenidad, el profesional necesita conocimiento acerca de la espiritualidad de su paciente, también se puede afirmar que la familia del paciente es, a menudo, su fuente de informaciones más accesible. La decisión sobre cuando colocar en vigencia los deseos expresados en el testamento vital (como, por ejemplo, el momento de apagar las máquinas de soporte vital) también debe incluir la participación de la familia caso el paciente esté incapaz de manifestarse. Es para ella, por tanto, que el profesional de la salud pasa las informaciones sobre las condiciones extremas del paciente.

Nunes transcribe las normas que componen la *Propuesta sobre suspensión y abstención de tratamiento en pacientes terminales*, entre las cuales destacamos: cuando el enfermo se encuentra incompetente y, por tanto incapaz de decidir libremente, la información clínicamente relevante debe ser compartida con la familia, entendiéndose por familia a los que se encuentran más cercano al pa-

ciente, independiente de la relación de parentesco existente<sup>2</sup>.

En el texto de Nunes y Melo<sup>28</sup> se exponen suficientes aspectos de la cuestión del testamento vital para que el lector – paciente o profesional de la salud – pueda tomar sus decisiones, optando o no por la adopción de la Directriz Anticipada de Voluntad.

En Brasil, esa cuestión se inició con la Resolución 1.995/2012, del Conselho Federal de Medicina<sup>29</sup>(Consejo Federal de Medicina), que especifica las condiciones en que puede ocurrir la ortotanásia. En la experiencia de los dilemas de la terminalidad, se ha constatado la importancia crucial de implementarse en Brasil la práctica del testamento vital escrito de su propia mano por el paciente y notariado, en el cual expresa su voluntad tanto en relación al fin de la vida cuanto en relación a su voluntad de ser donador de órganos.

Entendemos que, en el caso de Brasil, el testamento vital tendría una peculiaridad de más a considerarse y que la atención a ese detalle tendría vínculo directo con el principio de la alteridad. Conforme ya discutido en este texto, las manifestaciones de carácter religioso o espiritualista se ha diversificado mucho en el país. Así, es posible que las instrucciones previamente dadas por la persona sobre el tratamiento que desea en la fase terminal deban de ser leídas a partir de un “código” generado por la línea espiritual que ella sigue.

Tomemos un ejemplo muy sencillo y bastante común. Una persona instruyó, en su testamento vital, que desea que los médicos “apaguen las máquinas” en la eventualidad de ocurrir una condición específica. Sin embargo, si tal persona es fiel a los dictámenes de la Iglesia Católica Apostólica Romana, en su deseo podría estar implícito otro deseo que, para ella, es requisito previo de fundamental importancia: recibir el sacramento de la unción de los enfermos antes de las providencias médicas finales. No hay garantía de que la familia acordará eso al médico.

Además de eso, cada hospital brasileño puede estar preso a una línea religiosa diferente. Entonces, el cuidado de hacer una rápida consulta a la familia puede estar en las manos del profesional de la salud. Cuidar para que su paciente complete su ciclo espiritual en la tierra de acuerdo con los rituales de su creencia traduce la práctica de los principios del respeto a la autonomía, de la beneficencia y de la alteridad en un contexto de la más profunda compasión. En el ejemplo del sacramento de la unción de los enfermos, el profesional estaría respetando su paciente incluso sabiendo que este no percibiría conscientemente que el sacramento le fue adminis-



trado. En última instancia, y conforme aprendemos de Alves y Selli<sup>30</sup>, respetar la religiosidad del paciente puede ser considerado también respeto a sus derechos culturales, los cuales integran sus derechos humanos.

### Consideraciones finales

Independiente de cuál sea el código de ética del paciente, o de cuántas sean las opiniones sobre la cuestión de la terminalidad de la vida, la actitud de no abandonar el paciente es esencial en el periodo final de su vida. Según Quill, Lo y Brock<sup>31</sup>, el acto de no abandonar es la obligación ética central del profesional de la salud, reflejando su compromiso con el paciente y su código de ética. Y, para ello, es necesario que el profesional de la salud sea capaz de entender – y, entonces, comprender – un poco de sus necesidades en el ámbito espiritual.

El conocimiento, aunque sucinto, de cómo el fenómeno de la muerte es considerado por determinadas religiones, doctrinas y creencias se hace posible algunas reflexiones que consideramos importantes para los que tratan de esa situación, en especial el bioeticista. Debe siempre existir el respeto a la autonomía de seguir diferentes creencias, por mucho que sean extrañas y huyan a nuestros estándares. Ese ejercicio es fundamental para la calidad del periodo de terminalidad de la vida del paciente y, en la fase en que este aún está consciente, para su mejor relacionamiento con los profesionales que cuidan de él.

Es necesario reflejar que, en último análisis, los pacientes tienen creencias de la misma manera que nosotros tenemos, o podríamos tener, y que a él le gustaría verlas respetadas tanto cuanto nos gustaría ver las nuestras respetadas. Siendo creencias, constituyen sólo “posibles verdades” muy

particulares de cada grupo, y no “verdades universales” o hechos que puedan o deban ser probados. Así, el cuidado del profesional para que el paciente encuentre espacio a sus manifestaciones espirituales es una actitud bioética que traerá beneficios, mientras que su supresión resultará en conflictos. Esa perspectiva también es adoptada por Alves y Selli, autores que apuntan, entre los beneficios de la bioética, la reformulación de la dimensión espiritual como una necesidad cultural y, por tanto, como parte inherente a la dignidad humana<sup>30</sup>.

Creemos que, al adoptar una actitud de comprensión en relación a las creencias del paciente, el profesional revela su interés humano y espiritual por aquel que recibe sus cuidados. Y esa preocupación con el otro es la propia traducción en actos de los principios bioéticos de la alteridad y del respeto a la autonomía del paciente. El momento de la muerte será un poco menos complejo para ambas partes – paciente y profesional de la salud – a partir de esa postura de tolerancia, respeto y compasión, elementos de *soporte humano* que no deberían faltar ni podrían ser sustituidos por el *soporte tecnológico*, como ya fue preconizado por Potter<sup>5</sup>. Es verdad que el profesional de la salud trabaja por la vida, pero tal vez ese soporte humano ayude a él y al paciente a entender que, como enseña Hegel<sup>32</sup>, vida y muerte están profundamente entrelazadas, pues no hay vida sin muerte – en una planta, la muerte del botón permite la vida de la flor, la muerte de la flor permite la vida del fruto, el cual nos va a permitir percibir el verdadero sentido del árbol.

### Referências

1. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. 3ª ed. In: Freitas EV, Py L, editores. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 58-71.
2. Nunes R. Proposta sobre suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais. *Bioética*. 2009;17(1):29-39.
3. Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Comentários referentes à proposta de “guidelines” sobre suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais. [Internet]. [acesso 14 set 2014]. Disponível: [http://www.apbioetica.org/fotos/gca/12802541901211800343guidelines\\_p\\_11\\_apb\\_08.pdf](http://www.apbioetica.org/fotos/gca/12802541901211800343guidelines_p_11_apb_08.pdf)
4. Salles AA. Transformações na relação médico-paciente na era da informatização. *Rev. bioét.* (Impr.). 2010;18(1):49-60.
5. Potter VR. *Bioethics: bridge to the future*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1971.
6. Hellegers AE. *La Bioéthique*. Paris: Les Presses de l'Université; 1979. (Cahiers de Bioéthique; vol 1).
7. Barnard D, Quill T, Hafferty FW, Arnold R, Plumb J, Bulger R *et al.* Preparing the ground: contributions of the preclinical years to medical education for care near the end of life. *Acad Med*. 1999;74:499-505.

8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010: número de católicos cai e aumenta o de evangélicos, espíritas e sem religião. [Internet]. [acesso 14 set 2014]. Disponível: [http://www.ibge.gov.br/home/pesquisa/pesquisa\\_google.shtm?cx=009791019813784313549%3Aon%263jzsr68&cof=FORID%3A9&ie=ISO-8859-1&q=cat%F3licos&sa=Pesquisar&siteurl=www.ibge.gov.br%2F&ref=&ss=1384j227194j10](http://www.ibge.gov.br/home/pesquisa/pesquisa_google.shtm?cx=009791019813784313549%3Aon%263jzsr68&cof=FORID%3A9&ie=ISO-8859-1&q=cat%F3licos&sa=Pesquisar&siteurl=www.ibge.gov.br%2F&ref=&ss=1384j227194j10)
9. Hennezel M, Leloup JY. A arte de morrer: tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade. Petrópolis: Vozes; 2005.
10. Asai A, Fukuhara S, Lo B. Attitude of Japanese and Japanese-American physicians towards life-sustaining treatment. *Lancet*. 1995;346:356-9.
11. Mizuno K. Essentials of Buddhism: basic terminology and concepts of Buddhist philosophy and practice. Tóquio: Kosei Publishing; 1996.
12. Chagdud K. Comentários sobre P'owa. Três Coroas: Rigdzin; 2000.
13. Rinpoche S. O livro tibetano do viver e do morrer. São Paulo: Talento; 1999.
14. Rinpoche B. Morte e arte de morrer no budismo tibetano. Brasília: ShiSil; 1997.
15. Grupo de Trabalho Religiões e Saúde, editor. Manual da assistência espiritual e religiosa hospitalar. Porto: Comissão Ecumênica do Porto; 2010.
16. Dalai Lama. Advice on dying: and living a better life. Londres: Rider; 2004.
17. Smith-Stoner M. End of life preferences for practitioners of Tibetan Buddhism. *J Hospice and Palliative Nurs*. 2005 jul-ago:228-33.
18. Thondup T. Peaceful death joyful rebirth: a Tibetan-Buddhist guidebook. Boston: Shambala Publications; 2006.
19. Hennezel M. A arte de morrer. Petrópolis: Vozes; 1999.
20. Xavier FC. Ação e reação. Rio de Janeiro: Federação Espírita Brasileira; 2004.
21. Kardec A. O livro dos espíritos. Rio de Janeiro: Federação Espírita Brasileira; 2004.
22. Xavier FC. O consolador. Rio de Janeiro: Federação Espírita Brasileira; 2003.
23. Teixeira CM. Anatomia do desencarne. Porto Alegre: Quarup; 1977.
24. Trindade DF. Umbanda e sua história. São Paulo: Ícone; 2003.
25. Meneghetti D. O Rio Grande do Sul revelado em cultos africanos. *Fotografe Melhor*. 2011 jul:45.
26. Ferreira CP. Kardecismo e umbanda. São Paulo: Pioneira; 1961.
27. Silva WG. Candomblé e umbanda. São Paulo: Summus; 2005.
28. Nunes R, Melo HP. Testamento vital. Coimbra: Almedina; 2011. p.96.
29. Brasil. Resolução CFM nº 1.995, de 9 de agosto de 2012. Diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. *Diário Oficial da União*. Brasília, p. 269-70, 31 ago 2012. Seção I:269-70.
30. Alves JS, Selli L. Cuidado espiritual ao paciente terminal: uma abordagem a partir da bioética. *Revista Bras. Bioética*. 2007;3(1):65-85.
31. Quill TE, Lo B, Brock DW. Palliative options of last resort: a comparison of voluntarily stopping eating and drinking, terminal sedation, physician-assisted suicide, and voluntary active euthanasia. *Jama*. 1997;278:2.099-104.
32. Hegel GF. Fenomenologia do espírito. São Paulo: Nova Cultural; 1999. (Os Pensadores; vol. 16).

Recebido: 8.10.2014

Revisado: 21.10.2014

Aprovado: 3.11.2014