

LA EUTANASIA EN LA GASTROENTEROLOGÍA EUTHANASIA IN GASTROENTEROLOGY

Autor: Dr. Pedro Patricio Calviño Insua

Especialista de I Grado de MGI

Residente de 2^{do} año de Gastroenterología

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2242-9847>

Dirección de correo: pedropci@infomed.sld

Tutora: Dra. Madeleine Fuentes Ramos

Especialista I Grado en Gastroenterología

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6065-9048>

Dirección de correo: madefr@infomed.sld

Institución: Hospital General Docente “Leopoldito Martínez”

Localidad: Mayabeque, Cuba

Resumen

Introducción: La Medicina, desde los tiempos más remotos, ha estado relacionada con la ética, ya que su objetivo, ha sido conseguir el bien del enfermo. Con los años se han ampliado tanto los recursos médicos como la esperanza de vida. Sin embargo, existen pacientes que exigen tener la posibilidad de terminar con la existencia de forma voluntaria. **Desarrollo:** Sin duda alguna, podemos decir que todo ser humano tiene derecho a una vida digna. Sin embargo, hay ocasiones en las que nuestras condiciones de salud no son las mejores. En momentos así... ¿Eutanasia? La Organización Mundial de la Salud define la eutanasia como aquella “acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente”. En la especialidad de gastroenterología actualmente no hay pruebas que ayuden a detectar con precisión los casos de cáncer de páncreas en las etapas iniciales, pues este tipo de neoplasia no suele dar síntomas hasta alcanzar estadios avanzados. El personal sanitario, cuando se enfrenta con la enfermedad progresiva e incurable, es invadido por un estado de duda constante sobre qué es lo más adecuado hacer para beneficiar al enfermo. La mayor parte del mundo no está consciente del peligro que representa la Federación Mundial de Sociedades para el Derecho a Morir, una red internacional para promover la eutanasia. La Asociación Médica Mundial se ha vuelto a declarar en contra de la Eutanasia, por considerar que “vulnera los principios éticos básicos de la profesión médica” y ha pedido no participar en la Eutanasia. **Conclusiones:** Es obligación moral del médico respetar su profesión, los valores y principios que la fundamentan; por eso debe resistirse a todas aquellas conductas que le quieran imponer, poniendo en duda o mellen esa fundamentación ética. Asimismo, es su obligación difundir las bondades de los cuidados paliativos y desligarlos

conceptual y moralmente de la eutanasia, la estructura moral del médico bien formado no puede permitir, considerar la eutanasia como una alternativa previa, simultánea o posterior a los cuidados paliativos.

Palabras clave: bioética, eutanasia

Introducción

"Vivir no es sólo existir, sino existir y crear, saber gozar y sufrir y no dormir sin soñar. Descansar, es empezar a morir." Gregorio Marañón (1887-1960) Médico y escritor español.

El valor de la vida humana varía, pues no es lo mismo la existencia puramente biológica, que la vida con conciencia, con capacidad de interacción mental, social y física con otros seres, con posibilidad de experiencias agradables, con una preferencia consciente de seguir con vida. En el fondo, muchas de las decisiones médicas encubren de algún modo consideraciones de esta índole sobre la calidad (dignidad) de la vida y sobre qué beneficia al paciente. La doctrina del valor sagrado de toda (forma de) vida humana nos llevaría a hacer todo lo posible por prolongarlas.

La vida humana es un bien intrínsecamente valioso. El derecho a la vida digna, el derecho a morir dignamente. La muerte como episodio final de la vida, es un evento tan natural y frecuente como el nacimiento. Como fenómeno biológico y como proceso clínico debería tener su lugar en la formación y en el conjunto de conocimientos del médico. Sin embargo, esto no es siempre así, con frecuencia el profesional de la salud se encuentra no preparado psicológicamente y médicamente para manejarlo.

1, 2, 3

En la práctica clínica se plantean conflictos a la hora de tomar decisiones. En la relación médico-paciente siempre se dan dos componentes, el humano y el técnico, y ambos deben ser considerados. En la actualidad existen problemas éticos que no se habían planteado antes, debido a los recientes y continuos avances producidos en la tecnología disponible en medicina, y a los que hay que dar respuesta. A la vez, la relación clínica ha cambiado debido a la mayor conciencia de las personas acerca de su autonomía, el mayor nivel sociocultural, el reconocimiento de derechos individuales, y la participación de los pacientes en la toma de decisiones.

La Medicina, desde los tiempos más remotos, ha estado relacionada con la ética, ya que su objetivo, por encima de cualquier otro, siempre ha sido conseguir el bien del ser humano enfermo.

La bioética, como disciplina reflexiva sobre el hombre y la relación de éste con el entorno, es un espacio que puede contribuir a la formación de valores entre los seres humanos en general, y en lo particular, entre los trabajadores de la salud pública. ⁴

El término «ética» procede de la palabra griega «éto» que significa costumbres o conducta, y tiene etimológicamente un significado equivalente al término latino «mos, moris». Aunque ambas palabras tienen un mismo significado, a la moral se le suele atribuir una connotación religiosa, mientras que la ética se aplica más en un sentido civil o secular. En cualquier caso, la ética está sometida a la razón por cuanto lo que se pretende es dar razones y respuestas de por qué una acción en un momento dado es buena o mala, correcta o incorrecta. ^{5, 6, 7}

La definición más conocida de bioética es «el estudio sistemático de los actos humanos en relación con la vida y la salud examinados a la luz de los valores y principios morales». Se trata de la ética aplicada a los actos humanos que están en relación con la vida y la salud. Van Rensselaer Potter fue quien acuñó el término en 1970; simultáneamente, André Hellegers, del Kennedy Institute de la Universidad Georgetown en Washington, DC presentó la bioética como una ética médica en el contexto de la biotecnología, y Daniel Callahan del Hastings Center propuso su interdisciplinariedad o transdisciplinariedad. ^{8, 9}

La bioética, que literalmente significa la aplicación de la ética a las ciencias de la vida, es una disciplina fundamentalmente práctica que trata de proporcionar un enfoque estructurado para ayudar a los sanitarios que tienen que tomar decisiones a identificar conflictos, analizar y resolver cuestiones éticas en su práctica clínica. ^{5, 6, 7}

✘ Los principios básicos de la bioética son cuatro: ^{5, 6, 7}

- Principio de autonomía: Se reconoce a la persona como principal gestor de su cuerpo y con derecho a decidir sobre todo lo que con él tenga que ver. Implica la necesidad de respetar la capacidad de las personas autónomas para tomar decisiones. El principio de autonomía se concreta en el Consentimiento Informado, que no es un mero documento, sino un proceso de información en el que el paciente puede aclarar todas sus dudas. Otra manifestación concreta del principio de autonomía son las Instrucciones previas o voluntades anticipadas, que son la manifestación del tratamiento o los cuidados que la persona desea o no recibir en el futuro, en caso de que no pueda expresar sus deseos.
- Principio de no maleficencia: Es el clásico “primum non nocere”, la obligación de evitar causar daños y perjuicios, nunca una actuación sanitaria puede producir un daño mayor que el que se desea evitar. En el caso de los enfermos terminales, estaremos atentando contra este principio cuando nuestras intervenciones no actúan prolongando una vida aceptable, sino alargando una agonía inevitable.

- Principio de beneficencia: Es probablemente con el que es más fácil identificarse. Buscamos lo mejor para nuestros pacientes. Sin embargo también sabemos que no todo lo técnicamente posible es éticamente aceptable. No siempre actuar intensamente es ser benéfico.
- Principio de justicia: Dentro de este principio podemos considerar dos aspectos. Por un lado, todos los seres humanos tienen la misma dignidad y no pueden ser discriminados: “casos iguales exigen tratamientos iguales”. Además, en cumplimiento del principio de justicia, los recursos tienen que llegar a todos los que lo necesitan. La administración de recursos ilimitados e incontrolados a pacientes sin expectativa de recuperación está privando a otros pacientes de estos recursos.

Con los años se han ampliado tanto los recursos médicos como la esperanza de vida. Sin embargo, no siempre se llega al final en las mejores condiciones y existen casos excepcionales que exigen tener la posibilidad de terminar con la existencia de forma voluntaria.

En los últimos días, el tema de la eutanasia ha adquirido protagonismo, no sólo en los medios de comunicación sino también en las revisiones científicas, legales y religiosas. La eutanasia, etimológicamente se define como “buena muerte”, sin embargo su significado es mucho más amplio y puede ser definida como la terminación voluntaria y sin dolor de la vida de una persona, la cual sufre de una enfermedad terminal e incurable que prolonga su agonía a causa de un gran sufrimiento físico; convirtiéndose, desde su óptica, en una mejor alternativa que la vida. ¹⁰

En el presente trabajo nuestro objetivo es exponer y dar alguna visión sobre algunas controversias y problemas éticos acerca de la eutanasia, sin que nuestra intención sea, llegar a conclusiones definitivas a una problemática aún vigente para la humanidad.

Desarrollo

Sin duda alguna, podemos decir que todo ser humano tiene derecho inalienable a la vida, a una vida digna. Sin embargo, hay ocasiones en las que nuestras condiciones de salud no son las mejores y nos vemos encerrados en situaciones lamentables en las que es necesario ser llevado a una unidad de cuidados intensivos, sin saber si se saldrá vivo, porque la enfermedad que se padece es irreversible, y la continuidad de la vida depende de “medios extraordinarios”, a veces con una agonía incesante pues nuestra existencia está atada a un “ventilador pulmonar artificial”. En momentos así... ¿Eutanasia?

“El derecho a morir con dignidad” es una expresión del principio de autonomía o autodeterminación, significa poder elegir, gestionar la propia vida, sus condiciones y su final. Expresa una exigencia ética,

que no se refiere directamente al morir sino a la “forma” de morir, el tema se problematiza cuando la muerte es una elección y la vida una obligación.

La eutanasia y otros problemas bioéticos relacionados con el final de la vida son siempre delicados de tratar, hasta hace apenas unas décadas, eran pocos y leves los problemas éticos relacionados con el inicio y final de la vida, ahora la situación ha cambiado. La asistencia sanitaria plantea en la actualidad cada vez más problemas, que no están sólo relacionados con la vertiente médica, sino también, y de manera muy intensa con el mundo jurídico y el complejo mundo de los valores éticos, donde los protagonistas son los pacientes y sus familiares, los profesionales y la sociedad en general.

✂ Tres cuestiones complejas están presentes en el debate de la eutanasia: el consenso democrático, la dignidad de la persona humana y la autonomía personal.^{11, 12}

□ El consenso

El consenso convierte el principio legislativo en la única fuente de verdad y de bien, y deja la vida humana a merced del número de votos emitidos en un Parlamento. Las legislaciones sobre el aborto, la clonación humana, la fecundación extracorpórea y la experimentación embrionaria son consecuencia de la aplicación del principio de las mayorías.

Los derechos humanos no son otorgados por el número de votos obtenidos, ni por la sociedad, ni por los partidos políticos, aunque deben siempre reconocerlos y defenderlos. No se basan tampoco en el consenso social, ya que los derechos los posee cada persona, por ser persona. Las votaciones parlamentarias no modifican la realidad del hombre, ni la verdad sobre el trato que le corresponde.

□ La dignidad de la vida humana

El derecho de nacer y el de morir no son más que hechos y sólo hechos, adornados naturalmente de toda la relevancia que se quiera. Precisamente por ello no pueden ser tenidos como dignos o indignos según las circunstancias en que acontezcan, por la sencilla y elemental evidencia de que el ser humano siempre, en todo caso y situación es excepcionalmente digno, esté naciendo, viviendo o muriendo. Decir lo contrario es ir directamente en contra de lo que nos singulariza y cohesionamos como sociedad.

Legalizar la eutanasia es una declaración de derrota social, política y médica ante el enfermo que no acabará con las perplejidades de la vida, ni de la muerte, ni con las dudas de conciencia de los médicos, de los pacientes y de los familiares.

□ La autonomía personal

“El derecho a morir no está regulado constitucionalmente, no existe en la Constitución la disponibilidad de la vida como tal”. Si existiera este derecho absoluto sobre la vida, existirían otros derechos como la posibilidad de vender tus propios órganos o aceptar voluntariamente la esclavitud. La autonomía personal no es un absoluto. Uno no puede querer la libertad solo para sí mismo, ya que no hay ser humano sin los demás. Nuestra libertad personal queda siempre conectada a la responsabilidad por todos aquellos que nos rodean y la humanidad entera. La convivencia democrática nos obliga a someternos y a aceptar los impuestos, las normas y las leyes que en ningún momento son cuestionados como límites de la libertad personal. ¿Por qué no queremos descubrir un bien social en la protección legal de la vida en su finitud? ¿Qué cultura dejaremos nuestros hijos si les transmitimos que los enfermos no merecen la protección de todos?

La etimología de eutanasia deriva de los vocablos griegos “eu” cuyo significado es “bueno” y de “thánatos” que significa “muerte”, por consiguiente su significado etimológico eutanasia es “buena muerte”. La información de la eutanasia se remonta a las Antiguas Grecia y Roma. En Grecia no representaba un problema moral pues para los griegos si la vida no era digna no se merecía ser vivida, por lo que ni la eugenesia ni la eutanasia eran un problema. En Roma y los territorios que estaban bajo su dominio solían llevarla a cabo cuando había un enfermo terminal, pues se tenía motivos suficientes para cometer tal acto, viéndose como una forma honrosa el suicidio al estar incapacitado por el dolor o una enfermedad.¹³

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la eutanasia como aquella “acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente”. Esta definición resalta la intención del acto médico, es decir, el querer provocar voluntariamente la muerte del otro. La eutanasia se puede realizar por acción directa: proporcionando una inyección letal al enfermo, o por acción indirecta: no proporcionando el soporte básico para la supervivencia del mismo. En ambos casos, la finalidad es la misma: acabar con una vida enferma.

Eutanasia: según el diccionario Larousse en su primera acepción, significa muerte natural sin sufrimiento físico. Según el Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas el vocablo eutanasia se refiere a: muerte natural, suave, indolora, sin agonía; o muerte criminal provocada sin sufrimiento, por agentes adecuados.^{14, 15}

A pesar que la eutanasia parte de un principio humanitario, que es el de acortar el sufrimiento innecesario de otro individuo, su aplicación y aceptación es enormemente polémica en las diferentes culturas y legislaciones, generalmente establecidas sobre el derecho inalienable a la vida.

La mayoría de las religiones ven el suicidio como un pecado o un acto reprochable, y por ende la eutanasia como una forma de complicidad médica. De hecho, ha habido numerosos casos en la historia reciente de litigios jurídicos en los que una persona demandaba que se le fuera prestada la ayuda para morir, y diferentes entidades públicas se le oponían.

Desde siempre, a lo largo de la historia, se ha tratado de regular la muerte producida de forma voluntaria, tanto la realizada por el propio sujeto como la realizada por terceros, mediante normas escritas o no, siendo estas normas un reflejo de las concepciones imperantes en cada época, ya fueran religiosas, filosóficas científicas o de cualquier otro orden.

La idea de que la muerte podría representar un alivio para una vida condenada a horribles sufrimientos no es nueva. La encontramos, por ejemplo, ya en la cultura griega. Esto poéticamente expresado en el Mito del Centauro Quirón, a quien el dios Apolo concedió el don de la "mortalidad", después de que en una batalla con otros centauros, éstos le infringieran una herida incurable.¹⁶

Las prácticas eutanásicas y el suicidio por motivos altruistas, eran bastante frecuente en los pueblos primitivos, pudiéndose destacar tres categorías: suicidios de hombres una vez han llegado a la vejez o son atacados por una enfermedad; suicidios de mujeres a la muerte de su marido; suicidios de clientes o servidores a la muerte de sus jefes.

En la historia del hombre, según relata el Dr. J.L Jiménez Garrote, podemos encontrar a personas que influyeron con su pensamiento la conducta de otros; tal es el caso de Platón, filósofo griego (427-348 o 347 a.C.) quien escribió: "Establecerán en el Estado una disciplina y una jurisprudencia que se limite a cuidar de los ciudadanos de cuerpo y alma; se dejará morir a quienes no sean sanos de cuerpo".^{17, 18, 19}

Platón en su obra Fedón describe el comportamiento de Sócrates en sus últimos días. "Sócrates fue condenado a muerte, sus amigos le prepararon un plan de fuga, pero él prefirió acatar la ley y murió por ello. Pasó sus últimos días de vida con sus amigos y seguidores. Poco antes de cumplir su sentencia se bañó, para evitar con ello que las mujeres tuvieran que lavar su cadáver. Una vez limpio bebió el veneno, y cuando sintió sus piernas ya pesadas, se acostó dignamente sobre sus espaldas, sin quejarse ni mostrando sufrimiento alguno, sino al contrario él era la persona más optimista que se encontraba en ese lugar ya que toda la demás gente sufría al saber que Sócrates iba a morir, con esto despertó la admiración de cuantos lo rodeaban", o en su libro III de La República también afirma que "cada ciudadano tiene un deber que cumplir en todo estado bien organizado y habrá que establecer una legislación para el estado que cuide de los ciudadanos bien constituidos de alma y cuerpo, pero respecto a los que no son sanos corporalmente se les dejará morir".^{19, 20}

Por su parte Aristóteles, filósofo griego (384-332 a.C.) discípulo de Platón, consideraba que la eutanasia era aceptable cuando tuviera un fin político útil. En algunas comunidades se practicaron algunas acciones encaminadas a suprimir la vida humana y fueron toleradas por las autoridades.

Un emperador de Roma, nombrado Flavio Valente (378-328 a.C.), suprimió la costumbre de arrojar a los niños con alguna deformidad desde la cima de la roca Tarbeya. Los pueblos celtas que habitaron grandes regiones de la vieja Europa abreviaban la agonía de los enfermos y heridos de guerra contribuyendo a la muerte de los mismos. ^{18, 20, 21}

En sentido opuesto, Pitágoras, filósofo y matemático griego (570-480 a.C.), Hipócrates, médico griego (460-377 a.C.) cuyo juramento ha llegado a nuestros días como paradigma del comportamiento médico, y por último Galeno, médico griego (131-201 a.C.), propugnaron la defensa de la vida humana.

Hipócrates se opuso a la eutanasia. Para él eran fundamentales la santidad de la persona y el verdadero bienestar del paciente. Reconoció, sin embargo, que se podría violar fácilmente esta ética ya que los médicos, no tienen sólo el poder para curar sino también para matar. Por esta razón hizo que los médicos se comprometieran éticamente con el denominado Juramento Hipocrático: "Y no daré ninguna droga letal a nadie, aunque me la pidan, ni sugeriré un tal uso, y del mismo modo, tampoco a ninguna mujer daré pesario abortivo, sino que, a lo largo de mi vida, ejerceré mi arte pura y santamente." El juramento permitió a la medicina proteger al paciente vulnerable. ^{22, 23}

El Estoicismo fue la filosofía más influyente en el Imperio romano durante el periodo anterior al ascenso del cristianismo. La base de la ética estoica se fundamenta en que el bien no está en los objetos externos, sino en la condición del alma en sí misma, en la sabiduría y en el dominio, mediante los que una persona se libera de las pasiones y deseos que perturban su vida. Séneca, Epícteto y Marco Aurelio son los tres filósofos estoicos cuyos escritos se conservan, y ven así la eutanasia. ^{19, 20}

Séneca, basándose en que la ley eterna fija un solo modo de iniciar la vida, pero varios para salir de ella, nos ha transmitido su opinión al respecto cuando dice "es al hombre a quien corresponde decidir libremente sobre el sentido y su capacidad de soportar su existencia en el cuerpo", "no se debe ni querer demasiado a la vida ni odiarla demasiado, sino buscar un término medio y ponerle fin cuando la razón lo aconseje", "no se trata de huir de la vida sino de saber dejarla" o "es preferible quitarse la vida, a una vida sin sentido y con sufrimiento".

Epícteto ve la muerte como una afirmación de la libertad. "la vida a veces no tiene rumbo alguno y solo provoca sufrimientos tanto para el enfermo como para sus familiares, es por lo que el enfermo tiene el derecho a decidir".

Marco Aurelio, en su Libro III "una de las funciones más nobles de la razón consiste en saber si es o no, tiempo de irse de este mundo".

El cristianismo, en un principio, no solo no condenó el suicidio, sino que incluso lo consideró como un gesto heroico, para escapar al deshonor o como una forma de aceptar el martirio. A partir del siglo IV, es cuando para evitar el gran número de suicidios de creyentes fanáticos, que pretendían, a través de la inmolación, conquistar el paraíso, y para restablecer un poco de valor a la vida humana, empieza a manifestarse en su contra. San Agustín equiparó el suicidio al homicidio y no admitía ningún tipo de excepción, ni en casos de gran dolor moral ni desesperación. El pensamiento agustiniano influyó en gran medida en la doctrina posterior de la Iglesia. El Código Canónico empezó a condenar el suicidio a partir del Concilio de Arles en el año 452, estableciendo sanciones como la prohibición de la celebración de la misa y el canto de los salmos, cuando se acompañaba al difunto a la tumba, también la prohibición de sepultura en campo santo, y la excomunión para quienes solo lo hubieren intentado.

24

En los siglos posteriores a Cristo las consideraciones relacionadas con la muerte continúan en el debate ético. Algunos defienden el sostenimiento de la vida humana con soportes vitales desproporcionados que prolongan la agonía y el sufrimiento de los enfermos y familiares; y por otro lado, otros consideran necesario acortar el sufrimiento facilitando, de algún modo, la muerte. Existe sin embargo un tercer grupo que considera al ser humano en su dimensión universal, siempre como un fin, desde la concepción a la muerte, considerada ésta como la etapa final de un proceso.

En la Edad Media la Iglesia Católica siguió condenando el suicidio, y por tanto la eutanasia, por atentar contra: el amor debido a sí mismo, la sociedad y el derecho exclusivo de Dios sobre la vida del hombre, y además ordenó la confiscación de todas las propiedades del suicida y todo tipo de humillaciones para el cadáver. Sin embargo, no logró suprimirlo del todo, puesto que en determinadas circunstancias se siguió produciendo, en las ordalías medievales se utilizaba un puñal corto y afilado para "rematar" a los heridos sin posibilidad de curación, que recibía, no por casualidad, el nombre de "misericordia".

24

En el Renacimiento se produce un cambio de mentalidad, y en lo que se refiere a la eutanasia, a ésta se la relaciona con el buen morir en el sentido físico, como el último proceso de la vida del ser humano. Tomas Moro, al describir en su obra Utopía, la forma del Estado ideal, afirma por una parte que se debe prestar a los moribundos todo cuidado y solidaridad. Pero considera que, en casos de dolores extraordinarios, se puede recomendar poner término a su vida. Se le puede causar la muerte al

enfermo, si éste está de acuerdo, privándole de los alimentos o administrándole un veneno. También indica que se requiera el permiso de las autoridades y de los sacerdotes para evitar posibles abusos.

A partir del siglo XV el concepto de eutanasia, en el sentido de "atajar el dolor con la muerte" fue utilizado por el filósofo inglés Francis Bacon (1561-1626) –citado por Asunción Cambrón Infante-, quien publicó en 1623 un trabajo en el que decía: "Añadiré que el oficio del médico no es solamente restablecer la salud, también suavizar el dolor y los sufrimientos ligados a la enfermedad; y esto no sólo en tanto esa disminución del dolor conduce a la convalecencia, más aún, a fin de procurar al enfermo, cuando no tiene esperanza, una muerte dulce, apacible; pues la eutanasia no es parte menor en su bienestar". A finales del siglo XIX, el filósofo alemán Friedrich Nietzsche (1844-1900) –cuyos postulados filosóficos fueron fundamento del nazismo- señala "...la necesidad de liberar a la sociedad de todas las personas inválidas e incapaces". ^{17, 25, 26}

David Hume, (1711-1776) justifica la eutanasia cuando dice "si el disponer de la vida humana fuera algo reservado exclusivamente al todopoderoso, y fuese infringir el derecho divino el que los hombres dispusieran de sus propias vidas, tan criminal sería el que un hombre actuara para conservar la vida, como el que decidiese destruirla". ¹⁹

Los Utilitaristas, a finales del siglo XVIII y en el XIX, en su pensamiento mantienen que cualquier acción es moralmente buena cuando produce mayores beneficios que perjuicios, y por lo tanto, el valor ético de la conducta está determinado por el carácter práctico de los resultados. Bentham identifica el "bien" con el placer o la felicidad, y el "mal" con el dolor o la infelicidad y defiende "el mayor bien para el mayor número de gente". En relación a la eutanasia su posicionamiento está basado en que será mayor el bien y la felicidad, tanto para el enfermo como para su familia, si se ayuda al enfermo a morir de una forma digna, que si se le ayuda a prolongar el sufrimiento. ²⁰

La Revolución Francesa creó la tradición jurídica de la no punición del suicidio que se refleja en la casi totalidad de la actual codificación penal.

Los Eugenistas buscan el perfeccionamiento de las cualidades de la raza humana mediante el estudio de la herencia. Aunque la idea de eugenesia estaba ya presente en la República de Platón, el actual concepto se fraguó durante la segunda mitad del siglo XIX con el darwinismo social, fundamentado en la perfección de la especie humana y en una confianza cada vez mayor en la ciencia como forma de conocimiento. Cuando sus lemas, "lucha por la supervivencia" y "ley del más fuerte", se aplicaron a la sociedad, es cuando aparece la eugenesia moderna. A partir de 1900, con la aparición de la genética moderna, las corrientes interesadas en "mejorar" la raza humana se transformaron en un movimiento institucionalizado, los Eugenistas, en el que cabe destacar dos corrientes: la eugenesia positiva que

se centra en aumentar el potencial educativo de los individuos especialmente "adaptados", y la eugenesia negativa que subraya la necesidad de apartar a aquellos particularmente "inadaptados". Entre 1910 y 1940 el movimiento, estrechamente asociado con un sentimiento de superioridad blanca anglosajona, fue especialmente intenso en Inglaterra, Estados Unidos y Alemania.²⁰

Karl Binding y Alfred Hoche en 1920 utilizan el término eutanasia, para proponer la muerte de personas social y económicamente inadaptadas como los enfermos mentales o minusválidos.

A finales de 1939, Hitler autorizó, por primera vez, la aplicación de la eutanasia, a un niño ciego, deficiente mental, y con sólo dos extremidades, que se encontraba ingresado en una clínica de Leipzig. En 1939 la Alemania Nazi aprobó una norma por la que se obligaba a informar a las autoridades, del nacimiento de niños con defectos físicos, y tres peritos decidían si el niño debía o no seguir viviendo. Poco después, Hitler dictó las normas legales que legitimaron la eutanasia en Alemania. Por primera vez en la historia, una autoridad política, emanada de unas elecciones democráticas, aprobaba la supresión de "vidas humanas sin valor".²⁷

Es en el siglo XX en el que alcanza notoriedad, a escala de Estado, la eutanasia.

La Eutanasia puede ser clasificada de varias formas, de acuerdo con el criterio considerado.

✧ Tipos de Eutanasia²⁸

□ Según el tipo de acción: (intenciones)

- Eutanasia activa o directa: el acto deliberado de provocar la muerte sin sufrimiento del paciente, por fines misericordiosos.
- Eutanasia pasiva u indirecta: la muerte del paciente ocurre dentro de una situación de terminalidad, o porque no se inicia una acción médica o por la interrupción de una medida extraordinaria con el objetivo de aminorar el sufrimiento.
- Eutanasia de doble efecto se produce cuando la muerte es acelerada como una consecuencia indirecta de las acciones médicas, que son ejecutadas visando el alivio del sufrimiento de un paciente terminal.

□ Según el consentimiento del paciente (voluntariedad)

- Eutanasia voluntaria: cuando la muerte es provocada atendiendo a una voluntad del paciente.
- Eutanasia involuntaria: cuando la muerte es provocada contra la voluntad del paciente.

- Eutanasia no voluntaria: cuando la muerte es provocada sin que el paciente haya manifestado su posición con relación a ella.

- Según sus medios
 - Eutanasia positiva: es aquella en que el agente de manera directa y positiva actúa sobre la persona enferma provocándole la muerte.
 - Eutanasia negativa: el agente deja de hacer algo que permita proseguir con la vida del paciente.

- Según su finalidad
 - Eutanasia eugénica: por razones de "higiene racial", libera a la sociedad de los enfermos que son una carga.
 - Eutanasia piadosa: es la que se practica con el fin de aliviar los dolores y sufrimientos a un enfermo.

El tema se problematiza cuando la muerte es una elección y la vida una obligación. Lo discutible es si la sociedad puede obligar a las personas a vivir contra su voluntad, restando importancia a morir con dignidad. La religión y la moral no aprueban el suicidio. Pero el morir dignamente no habla de suicidio, ya que es diferente no resistir a la muerte que suicidarse, de la misma manera que se diferencia entre “permitir morir” y “causar la muerte”.²⁹

Cuando se trata a enfermos terminales los conflictos son más frecuentes debido a la propia situación del enfermo terminal y a la incertidumbre sobre el pronóstico (supervivencia). Además, en la atención a los enfermos terminales y en cuidados paliativos, hay que tomar decisiones en las que están implicados el paciente, los sanitarios que le prestan asistencia, y también los familiares y cuidadores. Todos ellos tienen sus propios valores, sentimientos y vivencias que no pueden dejarse de lado.

La muerte como fase terminal y parte de la vida misma, como resultado del envejecimiento y deterioro progresivo orgánico y funcional, como resultado del daño producido por diversas enfermedades agudas o crónicas, cuya historia natural termina en la muerte a corto, mediano o largo plazo, se ha modificado por los recursos que proporciona el avance científico y tecnológico, los que muchas veces lo único que hacen es modificar la forma y el tiempo de morir, llegando inclusive al encarnizamiento terapéutico o distanasia, el llamado “imperativo tecnológico” de la propia medicina.

Ahora que el avance de la ciencia médica nos permite asistir a las etapas finales de múltiples enfermedades crónicas, la medicina ha visto conveniente retomar su función de aliviar, cuando no se puede prevenir ni curar. En busca de estos cuidados acuden los pacientes terminales y sus familiares a los hospitales, convirtiéndose la muerte en un evento hospitalario cada vez más frecuente, denominándose este proceso la medicalización de la muerte.

La manera como se ve e interpreta a la muerte como un acontecimiento general o ajeno, cambia cuando afecta a una persona en particular, cuando el enfermo o sus familiares se enteran de la posibilidad, cercanía o la inminencia de la muerte, es importante conocer sus reacciones y actitudes en estas circunstancias. Elizabeth Kluber Ross describió las reacciones psicológicas y las fases por las que pasan los enfermos, cuando éstos saben que son portadores de una enfermedad, de un estado de deterioro físico y lo funcional que amenaza su vida, en estas fases se hacen muchas preguntas, reflexiones y tienen diferentes reacciones, como son:

Negación, Incredulidad	¿Por qué a mí?
Ira, Agresividad, Rabia	¿Por qué yo y no tú?
Transacción, Regateo	¿Cambió algo?
Depresión, Soledad	¿Para qué?
Resignación, Alivio	Todos moriremos
Aceptación, Esperanza	¿El más allá?

Aunque no necesariamente el enfermo pasa por todas estas fases, ni necesariamente las presenta en el orden enumerado, en ocasiones pasa indistintamente de una a otra, o después de estar en las últimas regresa a las primeras por agravamiento o circunstancias inherentes a su propia enfermedad, situaciones sociales, problemas económicos o familiares. La reacción varía de acuerdo con la edad, las condiciones socioculturales del paciente, si se trata de un padecimiento agudo o crónico, las molestias, dolor y sufrimiento que produce el mismo padecimiento y desde luego el cuidado y apoyo recibido del equipo de salud, familiares y amigos. Las personas cercanas al enfermo, familiares y amigos, presentan una reacción similar, aunque de menor intensidad. ^{5, 30, 31}

La atención de los pacientes que atraviesan por una enfermedad terminal requiere del establecimiento en su entorno de cuidados paliativos y calidad de vida.

La definición de *cuidados paliativos* (CP) es la atención sanitaria que tiene por objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes y de las familias que presentan una enfermedad que amenaza la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento mediante una identificación precoz y una esmerada

valoración y tratamiento del dolor y de otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. Los enfermos con cáncer avanzado presentan múltiples síntomas, de intensidad moderada-intensa y variables en el tiempo. La media de síntomas por enfermo es de cinco a seis en un registro sistemático de diez síntomas y cerca del 25% de los enfermos presentan cinco o más síntomas no adecuadamente controlados (intensidad superior 4 sobre 10 puntos en una escala analógico-visual).^{32, 33, 34}

Cerca del 60% de los enfermos se consideran de media-alta complejidad clínica y requieren una intensificación de la atención especializada en CP. Los síntomas físicos más frecuentes en enfermos con cáncer avanzado son la astenia (90%-78%), anorexia (78%-72%), dolor (76%-69%), insomnio (60%-50%), estreñimiento (60%), disnea (46%-43%) y náuseas-vómitos (34%-24%). Asimismo, los enfermos presentan un intenso impacto emocional condicionado por la amenaza vital, la imposibilidad de tratamiento curativo y el deterioro funcional progresivo e irreversible. Más del 50% de los enfermos con cáncer avanzado presentan una ansiedad y depresión de intensidad moderada a intensa.^{32, 33, 34}

Los casos con factores de riesgo socio-familiar que condicionan una sobrecarga inasumible para establecer un cuidado continuo del enfermo en su entorno familiar superan al 35%. Los CP se estructuran en equipos multidisciplinares que intentan afrontar la complejidad de la situación clínica y establecer una atención integral que abarque todas las dimensiones del sufrimiento y el cuidado del enfermo. La OMS y el Consejo de Europa instan a los Estados miembros a la implementación de los CP en el contexto de sus políticas de desarrollo sanitario. La intervención precoz de los CP en los enfermos con cáncer puede mejorar el control de síntomas, la calidad de vida, el estado emocional y la supervivencia de los enfermos.^{32, 33, 34}

El abordaje “humano” de la muerte es un asunto de todo el equipo sanitario, que deberán realizar de acuerdo con la familia y de acuerdo también con las sucesivas etapas emocionales de adaptación del paciente. Se trata de saber disponer al paciente para una muerte afrontada con dignidad, concentrándose en mejorar su calidad de vida y en aliviar los síntomas.

Enfermedad terminal:^{35, 36}

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 paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
5. Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

En la especialidad de gastroenterología actualmente no hay pruebas que ayuden a detectar con precisión los casos de cáncer de páncreas en las etapas iniciales, puesto que este tipo de neoplasia no suele dar síntomas hasta alcanzar estadios avanzados.

El adenocarcinoma de páncreas es el tumor más frecuente que asienta en esta glándula. A pesar de los avances de la medicina actual su pronóstico es sombrío debido al diagnóstico tardío, que hace que solo entre el 10 % y 25 % de estos tumores sean subsidiarios de tratamiento quirúrgico y que la tasa de supervivencia a los cinco años sea inferior al 10 %. Según un estudio realizado en 2008, su coeficiente muerte/incidencia se acerca al 0.98 y se considera la cuarta causa de muerte relacionada con el cáncer y la segunda de cáncer digestivo.³⁷

El dolor abdominal es el síntoma más prevalente, que típicamente se trata de un dolor abdominal localizado en epigastrio o en hipocondrio izquierdo, continuo, sordo, que se irradia en cinturón o hacia la espalda y mejora en sedestación con el tronco hacia adelante y empeora con el decúbito supino. Con frecuencia inicialmente no se trata de un dolor muy intenso, por lo que pueden transcurrir semanas o meses antes de que se realicen exploraciones diagnósticas.

La pérdida de peso es otro síntoma frecuente, que se acompaña de anorexia marcada, que contribuye de forma decisiva a la disminución ponderal, la pérdida de peso puede verse influida en parte a la presencia de malabsorción subclínica. Es más frecuente en tumores de cuerpo y cola de páncreas, y su intensidad es paralela al estadio de la enfermedad.

La ictericia es el síntoma más frecuente de los tumores situados en la cabeza del páncreas, acompañada de prurito, coluria y acolia.

La depresión es un síntoma que aparece en el 50 % de los casos en el momento del tumor. Probablemente sea reactiva ante el retraso del diagnóstico y en el empeoramiento progresivo del paciente.

Aparecen náuseas y vómitos si el tumor comprime la parte distal del estómago o infiltra el duodeno, causando un bloqueo parcial, estos síntomas empeoran tras las comidas.

Lo descrito anteriormente nos hace reflexionar sobre el tema desarrollado en cuestión, pues se trata en nuestra especialidad de una enfermedad que depaupera al paciente en muy corto tiempo, que lo deteriora física y psicológicamente de una forma tan drástica, que los síntomas padecidos que en

muchas ocasiones no encuentran alivio, hacen que el paciente llegue a cuestionarse si prefiere seguir viviendo o no.

El personal sanitario, cuando se enfrenta con la enfermedad progresiva e incurable que progresa irremediablemente hacia la muerte, cuando no es posible la curación, es invadido por un estado de duda constante sobre qué es lo más adecuado hacer para beneficiar al enfermo. La actitud que debe tomar ante los dilemas que aparecen no debe ser producto de la intuición ni de su estado de ánimo en ese momento, sino que debe estar basada en una reflexión prudente, informada, discutida y compartida por el resto de los miembros del equipo interdisciplinar y, a ser posible, conociendo y teniendo muy en cuenta cuáles son las preferencias del enfermo.

Al respecto la organización mundial de la salud ha propuesto 7 puntos en el cuidado paliativo, que redondean la idea del cuidado integral: ³

1. Cuidado activo y total.
2. Manejo multidisciplinario de la calidad de vida.
3. Control de los síntomas.
4. Mantenimiento de la función.
5. Soporte psicosocial y espiritual.
6. Soporte espiritual de la familia.
7. Atención integral del fin de la vida.

El escritor francés Henri Troyat ⁶ publicó *Anne Prédaille* en 1973, el mismo año en que el Tribunal de Leeuwarden, en los Países Bajos, declaró culpable la doctora Trus Postma, quien, con la ayuda de su marido, el médico general Andries Postma, acortó la vida de su madre. Víctima de una hemorragia cerebral severa, con hipoacusia, dificultades en el habla y necesidad de que la ataran a la silla para evitar caerse, la madre de Postma suplicó repetidamente a su hija que la dejara morir, hasta que le inyectaron 200 mg de morfina. En ese momento, la eutanasia estaba prohibida en Holanda y, en teoría, se condenaría al médico a 12 años de prisión. Sin embargo, la penalización fue solo simbólica. ^{38, 39}

De repente despierta, Anne se levantó parcialmente sobre las almohadas. Durante dos semanas se despertaba, todas las noches, a la misma hora, por el mismo pensamiento obsesivo. Por centésima vez, pinchaba el brazo de Mily. La aguja en la piel. El descenso interminable de líquido en la jeringa. Amar a un ser es intentar lo imposible para evitarle el dolor. Abandonada para asumir una responsabilidad atroz ella misma. Ahora que el sufrimiento de Mily había terminado, el suyo empezaba. No físico, sino moral. Y no había ninguna droga para curarlo. Si hubiera tenido convicciones religiosas,

tal vez se habría echado atrás. Dulce cobardía de los creyentes que, en cualquier momento, recurren a una regla para ahorrarse el esfuerzo de la decisión y la tortura del remordimiento. ³⁹

La mayor parte del mundo no está todavía consciente del peligro que representa la Federación Mundial de Sociedades para el Derecho a Morir, una red internacional para promover la eutanasia. Alrededor de 29 organizaciones miembros de esta red están dedicadas a crear un clima de opinión favorable a la legalización de la Eutanasia y a llevarla a cabo en cualquier forma que pueda hacerla aceptable en sus respectivos países y una vez que la Eutanasia sea legalizada en cualquier parte, su aplicación puede extenderse a medida que se presenten las oportunidades.

La Asociación Médica Mundial se ha vuelto a declarar en contra de la Eutanasia, por considerar que *“vulnera los principios éticos básicos de la profesión médica”* y ha pedido a todos los médicos y asociaciones médicas que no participen en la Eutanasia *“incluso aunque las leyes nacionales lo permitan”*.

CONCLUSIONES

Preguntas dentro la Ética Médica como: ¿Estoy haciendo con él lo que me gustaría que hicieran conmigo, de ser yo el paciente?, o del Evangelio: “Ama a tu prójimo como a ti mismo” o de un sabio principio de Confucio: “No hagas a otros lo que para ti no quieras”, nos deberían llevar a una profunda reflexión ante pacientes terminales o moribundos, que requieren de toda nuestra atención y cuidado, ya sea como parte del personal de salud o como familiares, respetando su dignidad como personas, preservando su integridad como seres humanos y contribuyendo a que tengan una mejor calidad de vida en su etapa final y esforzándonos por construir un cuerpo teórico y tecnológico que permita manejar racionalmente este momento vital por el cual todos nos tocará transitar un día.

Todos los aspectos de la bioética del final de la vida, en especial el de una “muerte digna”, obligan al profesional de la salud a que reflexione cuidadosamente sobre sus propias creencias religiosas y culturales a la luz de los principios éticos, los códigos profesionales y la normativa legal, antes de tomar cualquier decisión que defina el desenlace de la existencia de un ser humano.

Es obligación moral del médico hacer respetar su profesión, y los valores y principios que la fundamentan; por eso debe resistirse siempre a todas aquellas conductas que le quieran ser impuestas y que pongan en duda o mellen esa fundamentación ética. Asimismo, es su obligación difundir las bondades de los cuidados paliativos y desligarlos conceptual y moralmente de la eutanasia, la estructura moral del médico bien formado no puede permitir, bajo ninguna circunstancia, considerar la

eutanasia como una alternativa previa, simultánea o posterior a los cuidados paliativos. Si algún enfermo solicitase la muerte de manera voluntaria, siempre existirá para él o para sus familiares la posibilidad de buscar el recurso jurídico a fin de que sean los familiares o cualquier otro tercero diferente del médico quien ejecute esas acciones.

No obstante este tema sigue siendo controversial pues despierta disímiles opiniones en la humanidad, siendo este, un debate cada año por la Asociación Médica Mundial en la Asamblea General.

Referencias Bibliográficas

1. Rodríguez Casas, Rómulo César. Eutanasia: Aspectos éticos controversiales. Revista Médica Hered. 2001; 12 (1).
2. Montori V. Medicina Ethica et Thanatos. Universidad Cayetano Heredia. Lima.1996.
3. Solidoro A. El Médico, La Muerte, y el Morir. Revista Diagnóstico 1999; 38(1): 36-42.
4. Amaro M del C. Ética médica y bioética. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009.
5. Gutiérrez-Samperio, César. La bioética ante la muerte. Gaceta Médica de México. 2001, Mayo-Junio; 137 (3).
6. Garza GR. Bioética. La toma de decisiones en situaciones difíciles. Ed. Trillas, México 2000:64,91.
7. Calabro PG. La eutanasia en la perspectiva del estado constitucional, entre principios y valores. Las leyes que autorizan o favorecen el aborto y la eutanasia. Medicina y Ética 2000; 11:149.
8. Kuthy PJ, Tarasco MM, Introducción a la bioética, 4.a ed. México: Méndez Editores SA de CV; 2015.
9. Pérez PJ, Merino M, Definición de principio ético, En: *Definición de* [Internet], Publicado: 2013. Actualizado: 2015. Disponible en: <https://definicion.de/principioetico/>
10. Francisconi CF. Eutanasia: una reflexión desde la Mirada Bioética. Revista Latinoamericana de Bioética 2007; 7 (12): 110-115.
11. J.A. Belloch en: C. Fibla Debate sobre la eutanasia. Planeta 2000.
12. J. Porta, C. Guinovart, E. Ylla-Catalá, A. Estibalez, I. Grimau, A. La Fuerza, M. Naval, C. Sala, A.Tuca. Definición y opiniones acerca de la sedación terminal: estudio multicéntrico catalano-balear. Med. Paliativa 111999; 6(3): 108-115.
13. Ministerio de Cultura. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. Volumen I. La Habana: Editorial Científico Técnica. Eutanasia. 2005. p. 384.
14. Larousse. Diccionario Enciclopédico. 11a ed. México DF: Larousse; 2005. Eutanasia. P. 429.

15. Ministerio de Cultura. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. Volumen I. La Habana: Editorial Científico Técnica. Eutanasia; 2002. p. 384.
16. Taboada, P. El derecho a morir con dignidad. Acta Bioethica 2000; año VI, n°1.
17. Jiménez JL. Eutanasia, distanasia y suicidio asistido. [CD-ROM]. Edición especial. 2007. La Habana. Centro de Bioética Juan Pablo II.
18. Panteón Griego [serial online]. [Citado 21 de Junio de 2005]. Disponible en: http://espanol.geocities.com/bos_nimue/grecia
19. Fernández S, López E, Pasquali C, Rondolino M, Terragno J. Eutanasia: Historia y Actualidad. [Serial online]. [Citado 13 de Agosto de 2005]. Disponible en: <http://monografias.com/trabajos/eutanasia3/eutanasia3>
20. Pérez R. De la Magia Primitiva a la Medicina Moderna [serial online] 1997 [Citado 22 de Junio de 2005]. Disponible en: <http://portalplanetasedna.com.ar/medicina01>
21. Larousse. Diccionario Enciclopédico. 11a ed. México DF. Larousse; 2005. Celta. p. 221.
22. Abascal H. El juramento hipocrático. Crónica Médico Quirúrgica de La Habana. 1932; 10: 385 – 7.
23. Gracia D. Ética de los confines de la vida. Tomo 3. Bogotá: Editorial CODICE LTD.
24. Historia de la Filosofía: El Humanismo Cristiano. [Serial online]. [Citado 10 de Junio de 2005]. Disponible en: <http://webdianoia.com/medieval/tomasmoro>
25. Cambrón A. ¿Existe un derecho a morir? Aproximación al tema de la muerte. [CD-ROM]. Edición especial. 2007. La Habana. Centro de Bioética Juan Pablo II.
26. Rosental M, Ludin P. Diccionario Filosófico. Fotocopia de la edición Argentina de 1973. Editorial Política. Ciudad de La Habana 1981. p. 340.
27. Eutanasia Nazi [serial online] 1999 [Citado 20 de Julio de 2005]. Disponible en: <http://alemania-online.de/historia/tercerr/euthanasia>
28. Consideraciones éticas sobre la Eutanasia. Directorio franciscano. Documentos Eclesiásticos. 9-XII-2010.
29. Comité Hospitalario de Bioética, Hospital Córdoba, Argentina; 2002.
30. Kübler-Ross E. Questions and answers on death and dying. Mc Millan Publishers Co, New York 1974; 53:153.
31. Campillo SC. La angustia vital. Gac Med Mex 1994; 130:162.
32. Farreras, Rozman. Medicina Interna. Décimoctava edición; tratamiento de soporte y paliativo en el paciente oncológico (141): pág 1115-1116.
33. Organización Mundial de la Salud. WHO's cancer pain ladder for adults. (Acceso el 11 de diciembre de 2014). Disponible en: <http://who.int/cancer/palliative/painladder>

34. Tuca A, Jiménez-Fonseca P, Gascón P. Clinical evaluation and optimal management of cancer cachexia. Crit Rev Oncol Hematol 2013; 88:625-36.
35. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de cuidados paliativos. 2005. <http://www.secpal.com/guiacp/index.php?acc=dos>
36. Ede S. Artificial hydration and nutrition at the end of life. Eur J Palliat Care 2000; 7:210-12.
37. Paniagua Estéves, Manuel E.; Piñol Jiménez, Felipe N. Gastroenterología y hepatología clínica Tomo VIII. Ed Ciencias Médicas: La Habana. 2015; 195: 2693-2695
38. Sheldon T. Andries Postma. BMJ [Internet]. 2007 [acceso 22 jul 2020]; 334(7588):320.
39. Bedrikow Rubens. La eutanasia desde la perspectiva de la bioética y la clínica ampliada. Revista Bioética. 2020; 28 (3)

1.21

PROPUESTA PARA EL DESARROLLO DE LA PRODUCCIÓN TEXTUAL EN LOS ESTUDIANTES TALENTOSOS

PROPOSAL FOR THE DEVELOPMENT OF TEXTUAL PRODUCTION IN TALENTED STUDENTS

Autora. M. Sc. Orlaidy Luna David

Resumen

El proceso de producción textual, encuentra niveles de concreción y necesidad de realización desde todas las áreas del conocimiento, ya que todas aportan de forma significativa un alto porcentaje de información que se enriquece en la producción textual, a partir de los niveles de comprensión y asimilación del receptor. La efectividad de lo anterior se logra con el dominio y uso adecuado de herramientas léxico sintáctico que aporta el idioma., en este caso la asignatura Español Literatura. Es necesario desde el trabajo cohesionado, coherente y una concepción teórico metodológico utilizar herramientas didácticas que contribuyan al desarrollo de esta capacidad en los estudiantes talentos.

Palabras clave: producción textual, concepción teórico metodológico, herramientas didácticas, estudiantes talentos