

CUANDO YA NO ES POSIBLE CURAR

Fecha de recepción: 01/02/2022

Fecha de aceptación: 20/04/2022

Lic. María de la Victoria Rosales

Contacto: mariarosales@uca.edu.ar

- Jefa del Servicio de Salud Mental y Coordinadora del Comité de Bioética Clínica del HZGA Mi Pueblo de Florencio Varela, Buenos Aires. Argentina.

Palabras clave

- Eutanasia
- Salud Mental
- Libertad y Responsabilidad
- Ternura-Cuidados

Key words

- Euthanasia
- Mental Health
- Freedom and Responsibility
- Tenderness-Care

RESUMEN

Se trazan tres coordenadas: Concepto de riesgo para sí mismo, Libertad y Responsabilidad y Ternura; a partir de las cuales comenzar a pensar acerca de la intervención del profesional de Salud Mental en la atención del enfermo en situación terminal, que pide la eutanasia.

El psicólogo interviene con recursos terapéuticos excepcionales (internación involuntaria) cuando ha dictaminado previa evaluación, que el paciente presenta riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. La ley de Salud Mental subraya la importancia de buscar todas las alternativas eficaces para el tratamiento del enfermo, señala la importancia de fundar en un examen interdisciplinario la declaración de inhabilitación e incapacidad de una persona, especificando funciones y actos que se limitan y cuidando siempre la no afectación de la autonomía del paciente. Frente a la opción de la eutanasia, es tarea del profesional de la Salud Mental detectar que no siempre el paciente podrá tener la lucidez y el valor para manifestar un auténtico sentir en relación a su muerte. Requiere una especial consideración la etapa de la enfermedad o el estado del paciente, que hacen diferencias en la valoración de su capacidad para tomar decisiones con plena autonomía, asumiendo que es ésta una de las escenas posibles donde se encuentra en riesgo para sí. Es tarea del psicólogo, intervenir en un

ABSTRACT

Three coordinates are drawn: Concept of risk to oneself, Freedom and Responsibility and Tenderness; From which to begin to think about the intervention of the Mental Health professional in the care of the patient who requests euthanasia.

The psychologist intervenes with exceptional therapeutic resources (involuntary hospitalization) when he has ruled after an evaluation that the patient presents a certain and imminent risk to himself or to third parties. The Mental Health law underlines the importance of looking for all effective alternatives for the treatment of the patient, points out the importance of founding in an interdisciplinary examination the declaration of disqualification and incapacity of a person, specifying functions and acts that are limited and always taking care not affecting the autonomy of the patient. Faced with the option of euthanasia, it is the task of the Mental Health professional to detect that the patient may not always have the lucidity and courage to express an authentic feeling in relation to her death. The stage of the disease or the patient's condition requires special consideration, which make differences in the assessment of their ability to make decisions with full autonomy, assuming that this is one of the possible scenes where they

marco interdisciplinario, revisando y evaluando las condiciones psíquicas y emocionales del paciente cuando pide su muerte: es eso lo que literalmente solicita?, es necesario interrogarse: está en condiciones de decidir plena y cabalmente? Es precisamente porque esa habilidad expresiva se encuentra disminuida en el enfermo grave, que se vuelve indispensable decodificar las formas de comunicación y explorar la existencia de vínculos afectivos, buscar la participación de la familia y del equipo médico tratante y extender la responsabilidad de una decisión que el enfermo, por falta de capacidad de dominio sobre sus propios impulsos, no puede tomar por sí mismo y en soledad. Cuidar cuando ya no es posible curar, hacerse cargo del otro en su vulnerabilidad extrema, custodiar y cuidar la vida y promover verdaderas decisiones libres, se proponen como herramientas terapéuticas en el cruel escenario de la eutanasia.

are at risk for themselves. It is the task of the psychologist to intervene in an interdisciplinary framework, reviewing and evaluating the psychic and emotional conditions of the patient when he asks for his death: is that what he is literally asking for? it is necessary to ask oneself: is he in a position to decide fully and completely? It is precisely because this expressive ability is diminished in the seriously ill, that it becomes essential to decode the forms of communication and explore the existence of affective ties, seek the participation of the family and the treating medical team and extend the responsibility of a decision that the patient, for lack of ability to control his own impulses, cannot take by himself and alone.

Caring when it is no longer possible to cure, taking charge of the other in their extreme vulnerability, guarding and caring for life and promoting true free decisions, are proposed as therapeutic tools in the cruel scenario of euthanasia.

INTRODUCCIÓN

En el ámbito de la clínica en Salud Mental, la palabra y la escucha modifican el sufrimiento de quienes acuden por alivio ante diversos padecimientos psíquicos. Es sabido, en el escenario de lo psicológico, que sólo dando voz a lo que duele, es posible iniciar el camino de una cura. El trabajo clínico se realiza con intervenciones psicoterapéuticas basadas en un proceso previo de exploración psíquica, que presenta la dificultad grave de discernir acabadamente qué tan objetiva es

la percepción que el paciente tiene de la realidad y cuánto está marcada por la alteración que el cuadro psicopatológico provoca.

En situación de enfermedad terminal y frente a un padecimiento insoportable, un paciente solicita ayuda para morir, de modo de poner fin al sufrimiento que considera inútil. La eutanasia pretende presentarse como la opción privada libre e individual de un sujeto para poder morir con dignidad y tranquilidad y sostener que el fin de suprimir el dolor justifica el medio de acabar con la vida, ocultando en su presentación que tal decisión compromete y repercute a otros, negando el carácter de reto social y responsabilidad colectiva que ésta conlleva, negando el valor fundamental de la vida humana y olvidando que, en tanto bien común, todo ser humano es responsable de su vida y la de los otros. (1)

La importancia de este cuidado esencial para con los demás, exige revisar la tarea psicoterapéutica en una escena que erróneamente vincula la petición del paciente al concepto de dignidad humana y muestra cómo se ha roto el equilibrio entre la autonomía del paciente y el criterio médico del profesional a cargo, quien fiel a las buenas prácticas de su arte, es llamado siempre a curar o paliar el dolor, y jamás a dar muerte *ni siquiera movido por las apremiantes solicitudes de cualquiera*. Para ello, se trazan a continuación, tres coordenadas: Concepto de *riesgo para sí mismo*, Libertad y Responsabilidad y Ternura; a partir de las cuales comenzar a pensar una adecuada y correcta intervención.

RIESGO CIERTO E INMINENTE

En el tratamiento de diferentes formas clínicas en las que se manifiestan conductas suicidas, el profesional de la Salud Mental actúa enmarcado en la ley vigente e interviene con recursos terapéuticos excepcionales (internación involuntaria) cuando ha dictaminado, previa evaluación, que el paciente presenta *riesgo cierto e inminente para sí o para terceros*. El marco legal subraya la importancia de buscar todas las alternativas eficaces para el tratamiento del enfermo, indica fundar en un examen interdisciplinario la declaración de inhabilitación e incapacidad de una persona, especificando funciones y actos que se limitan y cuidando siempre la no afectación de la autonomía del paciente. Es obligación informar al enfermo, de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales. (2)

Cuando una persona enferma voluntariamente solicita que lo ayuden a morir con el fin de aliviar sus tormentos, cuando expresa el deseo de terminar con su vida, provocando su muerte, manifiesta una decisión cuyo enunciado dice de un *riesgo cierto e inminente para sí mismo*. ¿Cuales serán los *recursos terapéuticos excepcionales*, al momento de determinar la autonomía del paciente en la instancia de la eutanasia? ¿Cuál es el modo de evaluar que el paciente comprende la información relevante que se maneja en el transcurso de su tratamiento, que está preparado para afrontar las consecuencias de la decisión que comunica, que tiene la capacidad para elaborar razonamientos a partir de la información que se le transmite y de su escala de valores? ¿Por qué es diferente a la indefensión detectada en el intento de suicidio?

Para realizar dicha evaluación, es preciso considerar no solo el contexto de extrema vulnerabilidad de la persona enferma, sino también el grado de incertidumbre (en muchas ocasiones compartida por el equipo terapéutico) y el desconocimiento que acentúa sus sentimientos de dependencia excesiva y la percepción de falta de control; se trata de una labor diagnóstica que supone la valoración comprensiva y biográfica de su estructura de personalidad entendida como unidad intencional e histórica; diagnóstico que permitirá la revisión de sus sistemas de significados y sus disposiciones globales desde donde interpreta y da sentido a sus acciones. (3)

Frente a la opción de la eutanasia, es clave advertir que no siempre el paciente podrá tener la lucidez y el valor para manifestar un auténtico sentir en relación a su muerte; para poder protegerlo hay que procurar comprender lo que le ocurre, descifrando en su discurso aquello que la comunicación oculta o no puede expresar. Las intervenciones que revisen y evalúen las condiciones psíquicas y emocionales de la persona enferma que pide morir, deberán por un lado, interrogar la literalidad de lo solicitado y las verdaderas condiciones de la persona para decidir plena y cabalmente y por otro, brindar respuestas que permitan encarar con mayor entereza las circunstancias.

De este modo, queda trazada la primer coordenada que indica el marco legal en el cual posicionarse para evaluar la autonomía del paciente, realizar un diagnóstico y diseñar estrategias de intervención.

LIBERTAD Y RESPONSABILIDAD

El segundo eje señala la mutua relación de responsabilidad de dos personas distintas: médico y paciente, cuyas decisiones y acciones afectan a uno y a otro recíprocamente.

Entre los reparos del despliegue de un dispositivo clínico psicoterapéutico, se encuentra la búsqueda del grado de libertad y responsabilidad que el paciente puede ejercer, ya que la cura es escuchar y es compromiso con eso *otro* que hay en cada decir, es ayudar a entenderse con contradicciones y fracturas y es también hacerse agente del Bien objetivo de la persona, lo que implica volverse distribuidor de las preguntas que aumenten su libertad.

Resulta de particular utilidad señalar que el bien de la libertad de la persona está subordinado al bien de la vida, nadie puede ser libre si no tiene vida. Queda indicado que la persona es responsable de cuidar su salud y de elegir los medios para hacerlo (para lo cual es importante que posea toda la información necesaria, previo a tomar una decisión con respecto a su salud o a un determinado tipo de tratamiento médico). Esto destaca la importancia que reviste el consentimiento informado y el establecimiento de una adecuada relación médico-paciente; es en el marco que involucra la libertad y la responsabilidad de ambos, donde se indica que el médico tiene sobre el paciente sólo los derechos que él mismo le concede; en todo caso, el médico no puede tener mayores derechos de los que el paciente mismo tiene y es importante destacar que el médico puede, en nombre de su conciencia, refutarse de actuar según los deseos del enfermo e interrumpir la *alianza terapéutica* con él. (4)

Pacto de alianza terapéutica que surge diferenciándose de antiguas formas de relacionarse en el encuentro clínico, cuando era costumbre pensar a la persona enferma en una posición de sufrimiento e invalidez, dependiente y vulnerable, desvalida no solo físicamente sino también emocionalmente, incapaz por lo tanto de tomar decisiones complejas y donde el médico era ubicado en el lugar de guía, dueño de decidir en el lugar de su paciente, dueño del saber para determinar e indicar el mejor remedio; hoy es posible otra concepción, donde ocuparse del sufrimiento del paciente implica involucrarlo, considerar su *yo consciente y libre* (5), suponer allí un sujeto con capacidad de aceptar o rechazar la cura, responsable de sus decisiones en cuanto al tratamiento que recibe (incluidos psicofármacos y medidas psicoterapéuticas indicadas), implica suponer una persona que puede responsabilizarse de sus elecciones y que puede historizarlas y proyectarlas a futu-

ro, encuentro que implica emprender y asumir la responsabilidad de una cura cuya dimensión clínica remita a *inclinarse ante el otro* y darle la palabra¹.

Por lo tanto, queda claro que atender el sufrimiento del paciente no es posible sin respetar sus decisiones. Sin embargo, cuando el enfermo pide su muerte, cuando solicita ayuda para morir debido a los sufrimientos insoportables que le causa su enfermedad, se despliega una de las escenas posibles donde su vida es puesta en riesgo a partir de una decisión personal y quizá sea un momento en donde tanto médico como psicólogo deban actuar incluso contra su voluntad, destacando su propia responsabilidad en sus actos y decisiones. Es un momento en el que no es suficiente con tomar en especial consideración la etapa de la enfermedad y el estado emocional del enfermo, la utilidad de la intervención psicoterapéutica debe extender su alcance para que la persona pueda advertir con conciencia de enfermedad, cómo el sentido de su responsabilidad frente a la propia vida, incluye al otro. Aún considerando que en el enfermo grave han disminuido tanto la capacidad expresiva como la capacidad de dominar los propios impulsos y que el sufrimiento psíquico ha sobrepasado el umbral de tolerancia, se debe promover el fundamental cuidado de su vida, reconociendo a la persona como un fin en sí mismo, respetando al paciente de modo absoluto, independientemente de cualquier otra consideración.

Revisar y afirmar la autonomía del paciente, implica que no pueden estar ausentes dos condiciones esenciales: la libertad del sujeto de actuar intencionadamente y la independencia de cualquier influencia externa. La autonomía supone actos libres del sujeto, que respeten la intangibilidad del otro, supone la no manipulación del otro, supone no herir su honra. Para decir de la autonomía de un sujeto será preciso comprobar que la persona actúa con un propósito, con conocimiento de las consecuencias de sus actos y en ausencia de influencias externas que pretendan controlar y determinar estos últimos. Para decir de la libertad y la responsabilidad con que actúa un sujeto, en el escenario de la eutanasia, será necesario establecer un terreno terapéutico que no solape preguntas acerca de la exclusión, la impotencia frente a lo incurable, la precariedad de ciertos recursos, la obsesión de algunos métodos terapéuticos.

No es difícil encontrar en el capital psíquico del que pide morir, junto a la angustia, el miedo y el dolor insoportable, la sensación de ser un estorbo y un problema, la percepción de estar abandonado. Establecer una relación de mutua

1 Instituto de Bioética / UCA - Vida y Ética año 21 n° 2 diciembre 2020

responsabilidad, aspira a poner a trabajar ese capital y ayudar a *tejer un nuevo tapiz con hilos viejos*, ofrecer un espacio y un tiempo a la persona que padece, para que pueda hablar con voz propia, donde el malestar, los síntomas y los dolores puedan ser tratados como novedades inéditas, tanto para el paciente como para el terapeuta (6). El objetivo terapéutico apunta a resignificar el pedido de muerte y la enfermedad que se padece, dejando en claro que para ser atendido no hay que despojarse de lo que es más propio de cada quien, es posible ofrecer una mirada distinta a partir de la cual se pueda *extrañar* lo establecido como cotidiano. Un marco psicoterapéutico con estas características, permite indicar la existencia de una multiplicidad de sentidos que asumen las manifestaciones del sufrimiento y que cada persona puede reconocer y hacer propias. Es un marco que posibilita acentuar la preciosidad y la dignidad de la vida humana y ubicar a la persona como criterio esencial para todo discernimiento ético.

Las consecuencias afectivas de un diagnóstico de enfermedad terminal en el ámbito familiar y social, la percepción del sentimiento de finitud y muerte, el impacto psicológico del dolor que muerde el alma, conducen a considerar prioritario el buen trato en el encuentro clínico. Es sabido que el tratamiento del cuerpo está íntimamente ligado a la condición emocional del sujeto humano como individuo social, se encuentre éste sano o sufriendo enfermedad, ocupe la posición de tratante o de quien recibe algún tratamiento; pero sobre todo para quien se enfrenta con una enfermedad que no ofrece cura. Es en estos procesos de enfermedad, estrechamente ligados a las emociones, donde el buen trato puede llegar a obtener resultados sorprendentes, incluso antes de buscar (como dicta la ley) *todas las alternativas eficaces e intervenir con recursos terapéuticos excepcionales*, sobre todo en la práctica psicoterapéutica con un paciente en situación terminal, donde el objetivo principal de la asistencia no es ya la curación del enfermo sino su bienestar, contención, acompañamiento y cuidado.

TERNURA

La última de las coordenadas muestra que en tanto alguien se inclina atento, con empatía y miramiento ante quien reposa su dolor en el lecho real o metafórico que el proceder clínico le ofrece, es posible aliviar con la sola presencia, ese dolor que se vivencia sin salida ante la idea de sufrir una enfermedad grave o de tener un pronóstico de muerte.

Buscando los antecedentes más remotos de la clínica, resulta de utilidad detenerse en la observación de la ternura materna. Dentro de los suministros básicos

de la ternura se incluyen, además del abrigo y el alimento, el buen trato (de donde proviene etimológicamente, *tratamiento*). Buen trato que habrá de superar la primitiva ley del más fuerte, frente a todo ser humano más débil o debilitado por el sufrimiento que lo enferma. Buen trato como actitud, se diferencia de las buenas maneras que por sí solas no garantizan tratamiento en el sentido que aquí se lo expresa. La ternura materna que se menciona es desglosada en dos escenarios principales: la empatía y el miramiento. Desde la empatía la madre sabe acerca de la necesidad del hijo y puede atender su demanda garantizando el suministro adecuado. Es en este sentido que la empatía materna constituye un antecedente de la intuición clínica, el ojo clínico y otros términos con los que suele hacerse referencia a ese saber que va más allá del saber formal y que caracterizó desde siempre el buen tratamiento médico. Por otra parte, el miramiento, consiste en mirar con interés afectuoso a alguien entrañablemente próximo, como es el hijo, pero a quien la madre puede impulsar en su gradual desarrollo de sujeto autónomo. Si la empatía garantiza el suministro, el miramiento, en la ternura y en la clínica habrá de garantizar, como principio ético, la autonomía de quien demanda ser tratado, aunque se encuentre invalidado por su enfermedad.

Suele asociarse equivocadamente a la ternura en la mayoría de las oportunidades, con la debilidad y no con la fortaleza. Alrededor de su desarrollo conceptual, es posible encontrar diversos matices entre los cuales se destacan su carácter fundacional y creativo. A partir del ejercicio de la ternura, alguien que pudo vivir la existencia y la bondad de un suministro ajeno a él, puede confiar en su existencia, se hace sensible a lo que es y no es justo, para sí y para los demás, y puede confiar en sus propias posibilidades de otorgarlo a otros. Es importante destacar que la ternura, también puede (y debe) ser ejercida a lo largo de la vida de un sujeto, inmerso en una sociedad, por los distintos actores e instituciones que la compongan y representen. Su ejercicio, por parte de los recién mencionados, promueve eficacia subjetiva y ética, así como su malogro, produce estrago. En relación al cotidiano hacer clínico, el alcance de la conceptualización de la ternura no es menor: la observancia clínica, que compete al profesional de la salud mental reside en advertir la situación de invalidez subjetiva (ya no estructural) del paciente frente al sufrimiento que lo apremia. Por lo tanto, es posible deducir que el contrapunto de la invalidez del enfermo, es el ejercicio de la ternura, que promueve efectos subjetivos y éticos por parte de quien tiene que asistirlo (7).

Cabe preguntarse ¿cómo puede el profesional *psí*, desde su función, utilizar la ternura como suministro, integrándola a la técnica? En primer lugar y esencialmente, deberá sentirse afectado, en el sentido de resonancia íntima, por quien demande ayuda para morir; de esta forma, podrá reposicionarse frente al su-

frimiento de a quién debe asistir y asumir en este encuentro la responsabilidad primera de cuidar la vida. Por otro lado, será relevante que tenga en cuenta cómo los señalamientos y las intervenciones que fundan sujetos deseantes más justos consigo mismos y con los otros, dotados de un basamento ético que por distinguir valores mejoran sus vidas y las de sus semejantes, son precisamente aquellas que se alejan de la indolencia, que se ejercen con ternura y buen trato.

A esta estrecha y comprometida relación con el paciente hace referencia el modelo del Buen Samaritano (8) que lejos de abandonar, instala la regla de oro positiva: «todo lo que deseáis que los demás hagan con vosotros, hacedlo vosotros con ellos»² y la dimensión de *arte terapéutica* inseparablemente unida a los actos clínicos y al cuidado, sobre todo en las fases críticas y terminales de la vida. El samaritano del relato bíblico no es un intelectual ni un beato, es un comerciante, da la impresión de pertenecer a un grupo de personas que no tiene de que jactarse, un hombre material, práctico, que lo ve ahí tirado porque tiene el espíritu alerta, se reconoce en ese hombre herido a la orilla del camino, podría haber sido él... Al tomarlo a su cargo, ha *dado*.

Vale la pena detenerse en ese don, puro acto de amor, puro acto de dar. Potencia enigmática del amor cuya transmisión simbólica del don le permite al sujeto darse a sí mismo (9). Dar de sí mismo, de lo más precioso que se tiene, de la propia vida, de todas las manifestaciones de lo que está vivo en cada quién: alegría, comprensión, conocimiento, humor, tristeza.

Interesante que, para el hombre molido a palos, el prójimo es el samaritano y esto le revela qué es el amor a aquel que ha sido salvado, amar al samaritano que le ha salvado y amarlo como a sí mismo. El samaritano (*excepcional* en su acto) deja libre al otro y así la deuda de amor y reconocimiento puede ser saldada haciendo lo mismo con otros.

Se nos ha propuesto cuidar y custodiar la vida humana hasta su cumplimiento natural (8), haciéndose cargo del otro, acompañando y propiciando la renovación del sentido de la existencia cuando ésta está marcada por el sufrimiento y la enfermedad. Una perspectiva que posiciona en el ejercicio de la ética del cuidado, ética que inicia en la vulnerabilidad humana y es entendida como responsabilidad hacia quienes necesitan no solo atención física sino también psicológica y espiritual.

2 Mt 7,12.

Las coordenadas trazadas, inician la tarea de diseñar una alternativa frente a la eutanasia en el campo de la Salud Mental. Definen una posición clínica, con especiales intervenciones y recursos psicoterapéuticos, que permite pasar de la consideración de la enfermedad a la consideración de la persona; cuidar al otro, cuando ya no es posible curarlo; convertir la técnica en *servicio*. La propuesta es transformar el encuentro clínico en un acto solidario y responsable, habilitar y sostener con los cuidados un espacio de comunicación intersíquica (10) creado por el sentimiento de empatía, brindarse abnegadamente al otro atendiendo su vulnerabilidad y dependencia. Ofrecer una referencia para el momento de obrar.

El escenario del enfermo que pide la eutanasia impone responsabilidad, precaución y consideración al extremar los modos de cuidarlo. *Cada hombre, limitado en su primordial fragilidad, se inserta en una cadena que lo precede y lo continúa en el tiempo, esto lo vuelve responsable de todo el género humano, al cual debe honrar y proteger. Este don de ser parte de la humanidad, se vuelve tarea al asumir el cuidado de los demás.* (11)

REFERENCIAS

1. Casado M. Argumentos para el debate en torno a la eutanasia. En *Morir en libertad*. Barcelona: Royes; 2016. p. 17-34.
2. Ley Nacional de Salud Mental N26.657. Buenos Aires, Argentina: Boletín Oficial N 32.041.
3. Duero DG. El Diagnóstico Psicopatológico: Características y Supuestos Epistemológicos en los que se sustenta. *Revista Colombiana de Psicología*. 2012; 22(1).
4. Sgreccia E. *Manual de Bioética*. Cuarta ed. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos; 2018.
5. Miranda G. *Que bioética queremos? Cuadernos de Bioética*. 1994.
6. Liberman A. *Psicoanálisis en el hospital. Algunos aspectos de la acción institucional*. Acheronta. 2003;(18).
7. Ulloa F. *Novela Clínica Psicoanalítica. Historial de una práctica* Buenos Aires: Libros del Zorzal; 2012.

8. Fransisco. Carta Samaritanus Bonus. En: Congregación para la Doctrina de la fe; 2020.
9. Mauss M. Ensayo sobre los dones. En Sociología y Antropología. Madrid: Tecnos; 1991.
10. Francoise D. El Evangelio ante el psicoanálisis Delargue JP, editor. Paris: Ediciones Cristiandad; 1978.
11. Revello R. Bioetica, la verdad que busca el bien Buenos Aires: EDUCA; 2011.
12. García JJ. Bioetica Personalista, Bioética Principialista. Perspectivas. Cuadernos de Bioética XXIV. 2013;; p. 67-75.
13. Vilches L. Sobre la Eutanasia. Revistat de Psicología de la Universidad de Chile. 2001.
14. Rojo Rodes J, Cirera Costa E. Interconsulta psiquiatrica Barcelona: Editorial Masson; 1997.
15. Martínez Glatti H. Evaluación del riesgo suicida. Hojas Clínicas de Salud mental. 2004.