

«CUESTIONES ETICAS EN LAS PRACTICAS ASISTENCIALES ¿PODEMOS PROVOCAR UN SUFRIMIENTO AÑADIDO?»

M^a Gervas de la Pisa*; M^a Jesús Macho Villamuriel*; Ana Isabel Martín Luengo*; Marisa Suárez Camino*; Dra. Carmen de la Fuente Hontañón**

*Alumnas Facultad de Medicina

**Profesora Facultad de Medicina
(A. Medicina) Valladolid

Introducción

La experiencia de estos últimos años de contar con Alumnos de la Facultad de Medicina en Prácticas, Alumnos que por otra parte habían recibido antes del comienzo de sus prácticas asistenciales unas sesiones a modo de Jornadas donde se expone el contenido del **Código de Ética y Deontología Médica** vigente en la actualidad, hizo que en las Sesiones Clínicas y después de la Práctica diaria surgieran numerosas cuestiones éticas, que han servido de enriquecimiento personal tanto para el docente como el discente.

Como actividad de Extensión Universitaria a lo largo del Curso académico 92-93, hemos dirigido un Seminario en el Colegio Mayor Los Arces, acerca de «CUESTIONES ETICAS EN LAS PRACTICAS ASISTENCIALES», participando alumnos de 3^o, 4^o y 6^o Curso de la Facultad de Medicina de Valladolid. Una constante de las sesiones era el sufrimiento de los pacientes provocado no tanto por su enfermedad como por el entorno asistencial e Institucional.

A continuación exponemos una serie de reflexiones y propuestas para evitar lo que nosotros llamamos SUFRIMIENTO AÑADIDO.

Como estudiantes de Medicina de cursos clínicos, nos pareció de interés reflexionar acerca del sufrimiento, como padecimiento constante en la actividad médica.

Habitualmente en los estudios de la carrera aprendemos de las distintas especialidades las bases anatómicas del dolor, sus diferentes vías fisiológicas. Igualmente estudiamos las diferentes patologías que ocasionan dolor y sus diferentes tratamientos. Sabemos del dolor, sí, pero... ¿dolor es igual a sufrimiento?

Este interrogante nos lleva inevitablemente a cuestionarnos por el sentido del dolor y del sufrimiento en el hombre. De ahí vemos necesario esclarecer quién es el hombre y el modo correcto de tratarlo, pues nuestra tesis es que si no se conoce quién es el hombre, a ese sufrimiento ocasionado por la afectación orgánica se le puede añadir un «nuevo» sufrimiento al paciente. De ahí la necesidad de esclarecer la necesidad de la noción de *la dignidad del hombre*.

I. Dignidad del hombre

Hace falta reflexionar sobre el ser humano y recordarle la nobleza de su ser. Para proporcionarle un fundamento firme es preciso concebir al hombre como imagen de Dios, pues es el único modo de entenderlo, capaz de justificar su carácter de fin en sí mismo.

Creemos que no es lo mismo tener una naturaleza programada de antemano por las pautas de la especie que ser persona, es decir, «alguien delante de Dios y para siempre».

Esa concepción exige tratar al hombre como realidad incondicional, como representación de lo Absoluto.

Cuando se pierde de vista ese hecho, el hombre deja de ser fin en sí mismo y es posible disponer funcionalmente de él. Esto sería el caso de determinados hechos: experimentación humana, anticoncepción, ingeniería genética, transferencia de embriones...

Esa actitud supone desconocer que la *dignidad* del hombre es valiosa por sí misma, y no por la importancia de la función que desempeñe su titular (que es lo característico del funcionalismo). Sólo la grandeza en sí del hombre proporciona a la dignidad su carácter

cuasi religioso y le abre la dimensión ontológica que le confiere su condición de realidad de la que no se puede disponer.

La concepción no funcional de la dignidad descansa en la excelencia del hombre como tal. Su supuesto radical es la vida humana como realidad sagrada de la que no se puede disponer libremente; de aquí deducimos que el respeto y la promoción de la persona, el carácter inviolable de su dignidad son los límites infranqueables, la frontera insalvable de las técnicas médicas aplicables a la vida humana.

Todo ello permite establecer que el hombre tiene derechos, pero es digno, pues la dignidad no es un derecho más que se tenga sino una excelencia *que se es*: el origen de todo derecho. Su condición originaria se manifiesta en un ámbito anterior al dualismo del ser y el deber. Para evitar atropellos pues, es preciso afirmar su condición de fenómeno originario, no sujeto a los dictados del interés desgajado de la razón ni reducido funcionalmente la condición de instrumento a su servicio.

Es necesario pues reconocer la dimensión incondicionada del hombre que se manifiesta en el concepto de «dignidad humana». El valor supremo de un hombre no puede depender del juicio variable de otros. Nunca hay justificación ninguna para vulnerar la dignidad humana.

II. Atentados a la dignidad humana

Al menos de tres modos es posible atentar contra la dignidad humana:

- 1.- *no respetándola*
- 2.- oponiéndose a que se ejerza sin trabas
- 3.- impidiendo que se manifieste.

Pero hay que tener en cuenta que vulnerar la dignidad del otro y perder la propia son cosas distintas: Quien hace lo primero no priva de la dignidad al otro, sino que pierde la suya. Así pues la emancipación sin solidaridad, la propensión a la brutalidad, el afán de

lucro y el cálculo hedonista son síntomas de la irrupción del interés humano como instancia rectora de la praxis humana.

III. Sufrimiento añadido

A. Descubrir el sentido del sufrimiento

Sólo cuando el hombre sufre, sabe que sufre y se pregunta el porqué y sufre más si no encuentra una respuesta satisfactoria.

A lo largo de la historia el hombre ha dado distintos sentidos a su sufrimiento.

Así por el Antiguo Testamento comprobamos que el sufrimiento era tenido por una pena, por un pecado cometido, o bien, lo encontramos entendido como prueba.

El dolor, el sufrimiento, la muerte tienen un sentido que se capta a medida que va avanzando la enfermedad, y así vemos en tantos pacientes como al afrontar el sufrimiento que acompaña a la enfermedad hace brotar en ellos esperanzas que les mantiene en su ser y no les priva de su propia dignidad, sino que tantas veces nos enseñan a profesionales sanitarios la grandeza de un ser que pone de manifiesto una madurez interior que es lección para hombres sanos y surge así la paradoja de encontrar una fuerza creadora en la debilidad:

«El enfermo negativo planta a la enfermedad ante sí, como el enemigo al que debe odiar y combatir sabiendo que es como un obstáculo macizo, insuperable, invencible. El enfermo positivo coloca la enfermedad dentro de sí como una circunstancia de su vida, como una prueba, una dificultad que debe vencer de la cual debe salir también a la corta o a la larga algunos beneficios. Para este enfermo la enfermedad no es sólo un mal, sino una ocasión, una apuesta, un reto. Al colocar la enfermedad dentro de sí la hace, en cierto modo, suya. Y esto provoca

una llamada a muchas fuerzas vitales que el enfermo posee y que tal vez estaban dormidas, quizá porque no las necesitaba. Este deseo de luchar y vivir comienza por producir un relajamiento interior; el espíritu se tranquiliza, se sosiega, al no pensar que está vencido de antemano. Y ese mismo apaciguamiento le hace ver la enfermedad como un camino, como 'su' camino. Más cuesta arriba que los que hasta ahora conoció. Pero, en definitiva, un camino por el que debe y puede andar.»

B. La incomunicación médico-paciente

Después de estas consideraciones sobre la dignidad humana y el sentido del sufrimiento, tratamos de encontrar una relación del sufrimiento con *el trato médico-paciente*.

El dolor es lo más característico de la enfermedad, pero es más amplio que la enfermedad.

La enfermedad no sólo es la alteración anatómica y funcional de un órgano sino que hay un *modo humano de enfermar* que a su vez exige un tratamiento también humano.

Aquí se nos habla de un sufrimiento psicológico añadido al de la enfermedad. El médico tiene que llegar a conocerlo, para esto tiene un elemento fundamental que es *la comunicación*.

De esta comunicación depende que lleguemos a conocer como cuerpo y como alma y así saber dar al enfermo lo que necesita en estas dos facetas.

También se puede llegar a agravar la enfermedad por la mala actuación médica y a aumentar el sufrimiento añadido.

Hay que tener en cuenta que el paciente sufre por varios motivos:

1. Descenso de las posibilidades de desarrollo: disminuyen sus perspectivas de una

vida normal, trabajo, vacaciones, vida en familia, etc.

2. Porque le puede sobrevenir la muerte: esto es algo que el médico debe saber captar y tranquilizarlo.

3. Porque su enfermedad le ha puesto en condiciones especiales en su sociedad: el enfermo se siente inútil, una carga para los demás.

4. Porque su nueva relación con el médico no funciona. La relación médico-enfermo se define como «amistad médica». Esta es una relación de afectividad y también de desigualdad.

La peor fatiga psíquica del enfermo es la falta de comunicación y la escasez de información. Por eso, deberíamos usar su nombre para hablarle y saludarlo, incluso en los momentos de mayor urgencia. Además de ofrecerle información sencilla sobre dónde está, por qué está en ese lugar, quién está con él, es el médico el que se encuentra en la tarea de informarle de estas cosas y sobre su enfermedad. Todo lo anterior se incrementa cuando el paciente está moribundo.

Hemos visto la necesidad de que nos expliquen cómo el médico debe actuar ante un *paciente moribundo*; el médico no debe abandonar al enfermo en cuanto sepa que no tiene posible curación, debe acompañarle hasta el final, también en el momento de la muerte.

El «derecho a la vida» es, a nuestro juicio, el fundamento de todos los demás. La muerte es el último elemento de la consumación de la vida como un todo. Por consiguiente, los controles u obstáculos puestos por el hombre a la muerte perjudican este postrero derecho y la autonomía del paciente.

Tres reglas fundamentales son decisivas para la información: claridad, veracidad y responsabilidad.

Quien quiera observarlas dará primacía a la veracidad sobre la verdad completa y percibirá responsablemente hasta dónde quiere

ser informado el paciente y cuánta información es capaz de soportar.

Cuando el fin sea inminente, el médico deberá estar dispuesto a seguir informándole para darle la posibilidad de ponerse en relación con su muerte con «la dignidad del saber».

La empatía (compresión y aceptación indulgentes) y el calor emotivo son pilares fundamentales de la relación con el paciente.

Dispensar comprensión, franqueza y calor produce una sensación de bienestar en los enfermos y sus familiares. En cambio, las informaciones contradictorias producen un efecto desfavorable. De ahí la conveniencia de que el enfermo y sus familiares posean, en la medida de lo posible, la misma información.

Aceptación y tolerancia recíprocas crean el clima para la asistencia amorosa y el trato solícito al enfermo. Todo el mundo sabe también cuán beneficiosa es una palabra elogiosa y cuánto más fácilmente aprende uno posteriormente a hacer lo más difícil.

Como quiera que los deseos y anhelos del moribundo referidos al ámbito misterioso de la trascendencia y la religiosidad no se pueden formular nunca de manera tan clara y distinta como el lenguaje médico denomina sus problemas específicos, se requiere una peculiarísima *delicadeza*.

Para percibir el mensaje de un moribundo se requiere tiempo, calma y espacio suficiente para entablar el diálogo, así como disposición a aceptar su propio lenguaje.

El deseo de un final completamente individual de la vida, de una muerte que nazca de la vida, y esté conforme con ella, es algo que se considera más seriamente cada vez. Morir es un acontecimiento solitario, en lo más íntimo. «Da a cada uno su propia muerte» dice Rilke.

Hemos leído una comparación interesante de un médico con un barquero cuya responsabilidad sobre los pasajeros dura exclusivamente el tiempo de la travesía: comienza con la salida y termina con la llegada.

La responsabilidad humana del médico al considerar al paciente en sus dimensiones orgánico, social, religiosa hace que la relación médico-paciente sea mucho más que una relación profesional y técnica y es la que Hans Jonas Low denomina como responsabilidad humana completa.

IV.- Solidaridad y sufrimiento

Cada vez se plantea de forma más urgente la exigencia de lograr una perspectiva «integrador» del ser humano en el medio médico. *Tratamos enfermos con enfermedades.*

El moribundo sufre con esta soledad y aislamiento social, su situación suele ser extrema, le hace tener necesidades específicas y sentir la necesidad de ayuda. Liberarlo del dolor, que constituye un supuesto fundamental para morir dignamente, es responsabilidad del médico, lo cual excede siempre la idea de que su cometido consiste en hacer una reparación.

La seguridad, el calor y la protección son cosas que pueden hacer los amigos íntimos y familiares; cuando el enfermo no los tenga el deber recae en los médicos y las enfermeras y ¿por qué no en la sociedad (voluntariado)?

Todos deberíamos tejer, una red, solidariamente, para atrapar en ella la amenaza de la muerte.

¿Cómo ha de ser la parte médica de esta red?, la medicación contra el dolor y la coordinación de asistencia y alimentación son tareas claramente determinadas, otras dependerán en buena medida del propio paciente. En la mayoría de los casos recaerá sobre él la tarea de corresponder al miedo insoportable del moribundo, así como la de acceder a dialogar sobre los diversos temas tabú. Todo ello constituye una sobrecarga metafísica para el personal sanitario.

V.- Las necesidades espirituales

La pregunta sobre si el médico debe hablar con su paciente sobre Dios es enjuiciada de

manera controvertida. Caso de ser realmente el más próximo al moribundo, tal vez el único con el que es posible un intercambio sobre problemas existenciales o una búsqueda en común, no se deberá cerrarse esa puerta al moribundo.

En nuestros días la enfermedad es seguramente una de las pocas situaciones en que el hombre se atreve a preguntar sobre Dios. «Nadie puede decirse a sí mismo la palabra que más le ayuda», dice un refrán etíope.

En la mayoría de los casos proporciona ayuda conceder algún tiempo, dedicación, un oído atento, un apretón de manos y, sobre todo, sufrir solidariamente la debilidad: homo patiens y homo compatiens. Lo más importante es que el que asista al moribundo le ofrezca un corazón cálido.

Asistir al moribundo es como un servicio final al paciente, un elemento irrenunciable de la acción médica.

El arte de tejer la red característico del médico exige capacidad de percepción y un oído fino para captar la necesidad de quien, tal vez, no puede hablar.

Una red así es sujeta por arcos de esperanza que se extienden más allá de las fronteras de la muerte.

Robert Spaemann escribe que la muerte se eleva en la vida como saber de su carácter fragmentario.

Realmente nuestros mejores libros de texto son nuestros pacientes como testimonio de ello reproducimos lo que escribe este paciente:

«La enfermedad, amigos, está ahí. Es una parte de la naturaleza humana. Y lo asombroso es que, de niños, nos enseñan todas las reglas matemáticas que no usaremos y jamás nos dicen una palabra sobre esta asignatura que, antes o después, todos cursaremos. ¡Tal vez por esos los humanos están siempre tan indefensos ante el dolor!

Por eso yo prefiero la esperanza a la resignación. La esperanza es activa, ardiente y estoy hablando de una postura creativamente

esperanzada: Puesto que tengo que vivir así, voy a hacerlo lo más intensamente que pueda».

Al comienzo de este trabajo ponemos de manifiesto como a lo largo de la licenciatura y en prácticas que realizamos ponemos un gran énfasis en la enfermedad.

Nosotros, vistas las reflexiones anteriores pensamos que el estudiante de Medicina y el personal Sanitario, en general, a lo largo de sus estudios debería contemplar al ser humano como un todo para evitarle sufrimiento añadido. Para lo cual proponemos prácticas asistenciales de ayuda humanitaria, por ejemplo:

1. Capacitación al alumno para tratar al paciente como persona: delicada en el trato, pedirle por favor, disculparse por la tardanza, aprender a escuchar los silencios...

2. Realizar actividades de asistencia a enfermos discapacitados (Alzheimer, retraso mental...) como por ejemplo higiene del pelo y de las uñas, pasearles, darles de comer...

3.- Realizar actividades de apoyo a la familia, por ejemplo estar presentes cuando se informa a la familiar acerca del pronóstico del paciente, apoyarlos en el duelo...

Conclusiones

1. El concepto y finalidad del sufrimiento es preciso estudiarlo y analizarlo a lo largo de toda la carrera para incorporarlo en la praxis profesional.

2. A lo largo de la carrera se conoce el dolor y el sufrimiento como causa de enfermedad y se aborda desde el punto de vista terapéutico con escaso énfasis en el concepto de persona.

3. La no inclusión del estudio de la ética médica en los actuales planes de estudio hace que se ponga énfasis en los aspectos técnicos y clínicos de la relación médico-paciente y olvidándose la relación personal.

4. La necesidad de conocer la dignidad de la persona desde una fundamentación meta-

física del ser personal se ve necesario para que en la relación interpersonal prime el respeto de valor de la persona, pues de no ser así, puede prevalecer la funcionalidad materialista de la misma.

5. Para aprender el arte de la comunicación con los pacientes se consigue tratando enfermos, no enfermedades.

6. Consideramos que si no se trata a la persona tal y como es generamos sufrimiento.

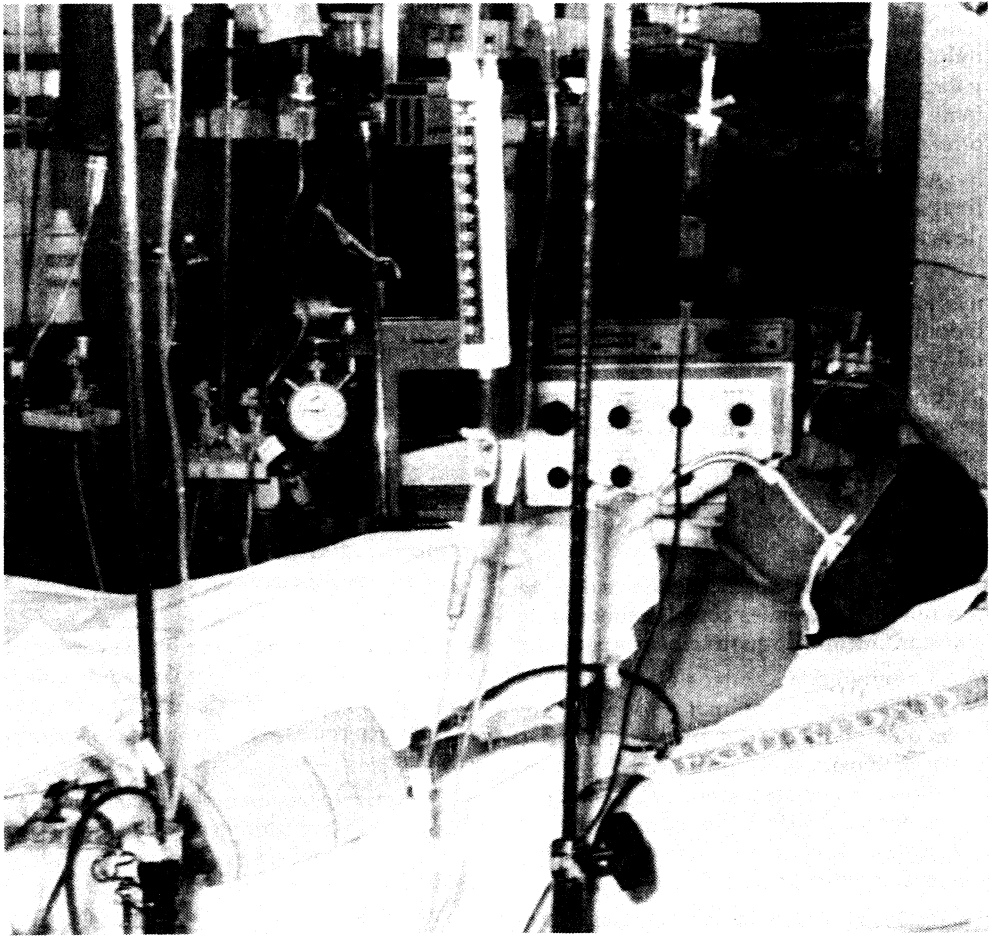
Bibliografía

¹ SPAEMANN, Robert, *Ética: Cuestiones Fundamentales*, Eunsa, Pamplona, 1988.

² CARDONA, C., *Metafísica del bien y del mal*, Eunsa, Pamplona, 1987.

³ MARTIN DESCALZO, José Luis, *Razones desde la otra orilla*, Atenas, Madrid, 1991.

⁴ LOW, Reinhard y otros, *Bioética. Consideraciones filosófico-teológicas sobre un tema actual*, Rialp, Madrid, 1992.



"No podemos olvidar que tratamos enfermos, no enfermedades"