

Atención ética integral al enfermo terminal

Los aspectos psicoafectivos del enfermo oncológico terminal constituyen la esencia de la atención primaria ética integral de estos enfermos. La comunicación en todas sus dimensiones (verbal, no verbal, paraverbal, táctil, etc.) es el elemento indispensable para asegurar la integridad del Yo y evitar la temible «soledad» del paciente. Las perturbaciones psíquicas (irritabilidad, ansiedad, rechazo, mutismo y agresividad) son elementos comunicativos que se deben conocer y descifrar. Los importantes cambios que se producen en su «autoimagen» se acompañan de trastornos emocionales y en estas circunstancias los pacientes experimentan grandes déficit de comunicación e interacción. Con frecuencia, la medicina se vuelca exclusivamente en los problemas físicos y pasa por alto los aspectos emocionales, espirituales, culturales, psíquicos y afectivos; así, sentimientos de culpabilidad, ansiedad, depresión, ideación suicida y angustia existencial dibujan las manifestaciones clínicas más frecuentes, que por supuesto son objeto de una intervención terapéutica eficaz. Canalizando debidamente la información y la comunicación se puede conseguir una actitud psicoemocional positiva, es decir, un bienestar compatible con la gravedad de su enfermedad. Siempre es posible mejorar el estado anímico del paciente y contribuir a paliar la sintomatología depresiva y el riesgo real de autólisis. En efecto, el humor positivo potencia la eutimia, profundiza en la relación, aumenta la confianza y permite la empatía. Por lo general, los pacientes se ven afectados por la depresión y la desesperación, se consideran a sí mismos ineficaces, inútiles, carentes de significado e indignos de ser amados. El fomento del autocuidado, el aumento de la actividad física, la neutralización de pensamientos negativos, la búsqueda y satisfacción del sentido de su vida, la seguridad, la pertenencia y la consideración (necesidad de estima y reconocimiento) son los determinantes del estado de bienestar psíquico del paciente y de su propia felicidad (paradójicamente posible). Pero, además, la fantasía de ciertas situaciones, las consecuencias en su familia, el temor a morir, la imposibilidad de comunicar a sus seres queridos sus miedos y preocupaciones, el agotamiento de las ilusiones y la lucidez del desencanto pueden sumir al paciente en una profunda angustia, más estresante que la propia

muerte. El apoyo emocional y social es esencial para garantizar la dignidad humana, es decir, su capacidad de elegir (involucrarse y participar en la toma de decisiones cotidianas, materiales, espirituales y trascendentales) y de sentir la libertad. Esta condición moral es la expresión suprema de nuestra dignidad y el médico y todo el equipo sanitario han de recordar que el hombre es un ser social, lo que supone reconocer que no se puede desarrollar ni alcanzar la plenitud existencial si no es en relación con los demás. En este proceso de morir la acción psicoterapéutica es fundamental, y debe tratar de conseguir la interrupción de ese pensamiento monocorde y obsesivo. Además, el enfermo oncológico terminal ve quebrarse paulatinamente su felicidad y sus esperanzas; vive un tiempo de angustia y de relatividad de todos los valores, un tiempo de desmoronamiento de dogmas que creía totalmente firmes. Una actitud médica basada en el reconocimiento del otro (el enfermo no es un «precadáver»), en el respeto a su persona, nos lleva a una clara actitud ética que, sin duda, ha de basarse en un equilibrio entre el *ethos* y el *logos* (la razón científica). El paciente, cuyo hábito de vida palpita suavemente bajo esta estructura de pensamiento y de apoyo psicoafectivo, acepta finalmente su destino y la finitud de la vida con toda su trascendencia. Así, desde la astenia y el debilitamiento de sus fuerzas (lentitud física e intelectual), se puede ayudar a encontrar esa paz interior; es necesario asegurar en este proceso de atención y de cuidados los pilares básicos de una actitud ética integral: la libertad del paciente, el derecho a la autonomía y la capacidad de decisión. El médico con esta actitud (comunicación, sensibilidad, empatía, apoyo, confianza y seguridad frente a la soledad, el miedo existencial, la separación y el aislamiento) siente por el paciente admiración, respeto y cariño, lo que implica un gran efecto terapéutico y comprensivo derivado de su balsámica amistad. Tal como ha manifestado también la American Medical Association (AMA) es necesario superar actitudes paternalistas que han presidido durante mucho tiempo las relaciones con el enfermo, ya que básicamente no promueven la dignidad humana ni el proceso de «autorrealización» que continúa en el mismo filo de la muerte. El resultado de este comportamiento médico es «morir bien», que supone alivio del dolor, mitiga-

ción del sufrimiento y respeto por los planteamientos morales y éticos del enfermo en fase terminal. Se trata, en fin, de un procedimiento muy activo en línea con los principios de la Organización Mundial de la Salud y que suponen aliviar el dolor, disminuir el sufrimiento psíquico y moral, proporcionar un apoyo psicoafectivo integral, dar atención espiritual, reafirmar la importan-

cia de la vida y, al mismo tiempo, proporcionar todo el cuidado psicosocial, sanitario y económico necesario para la familia.

J.A. Flórez Lozano

Catedrático de Ciencias de la Conducta.
Departamento de Medicina. Universidad de Oviedo.