



Experto en psicooncología



www.isfap.com · info@isfap.com

TEMA XIX. LA ÉTICA EN PSICOONCOLOGÍA

Introducción

Este tema que parece más dado, en principio, a reflexiones de carácter filosófico y/o moral es de suma importancia para la práctica del psicooncólogo. Podríamos ampliarlo para cualquier sujeto que realice cualquier actividad, porque esta debe de ir guiada, protegida, por un “buen hacer”, sobre todo si tenemos en cuenta que nuestra intervención alcanzará al otro, al semejante y además en circunstancias muy particulares y dolorosas; por lo cual debemos de estar advertidos de la importancia de nuestras acciones porque tienen que estar inscritas en un sistema, el de la ética. Comenzamos, pues, hablando del sentido de la ética.

Si nos adentramos a investigar sobre el sentido de la ética, nos dirigiremos inmediatamente a su origen griego. Y este apelaba al concepto de “morada”. Posteriormente se inscribía en el sentido de su país cuando la referencia era a hombres o pueblos. Heidegger aportó su propia definición: “es el pensar que afirma la morada del hombre”, es decir su referencia original, construida en el interior de la íntima complicidad del alma. Es decir, ya no se trataba de un lugar exterior, sino del lugar que el hombre porta en sí mismo. “El ethos es el suelo firme, el fundamento de la praxis, la raíz de la que brotan todos los actos humanos”.

“Ethos”, apela a un campo más amplio de significación que la ética. La significación de ethos es de carácter, “del modo adquirido por hábito”. El carácter no se alcanza de forma inmediata porque lo porta la naturaleza, sino es adquirido por el hábito, es decir “por repetición de actos iguales”. Esto conlleva que hay “algo” que poner en juego una y otra vez, a través de la repetición. Y, por tanto, los hábitos son el principio intrínseco de los actos.

Por contra, la ética hace referencia a la disposición del hombre en la vida, apelando a tres elementos: al carácter, a sus costumbres y a una moral. Si hacemos una condensación de estos elementos nos daría el significado de la ética como “el modo o forma de vida”.

Si asociamos los elementos que hemos anticipado de Ethos, llegaríamos a una conclusión interesante: si ethos es carácter que viene dado por el hábito que a su vez se produce porque hay algo, actos, que se repiten, luego ethos es “fuente de actos”, y el hábito es el elemento que los une.

La mayoría de las referencias a la palabra ética están asociadas a ethos, costumbre. También desde el latín tenemos la raíz “mos” que produce la palabra “moral”, y que curiosamente también refiere a costumbre. Drane al analizar el desarrollo de estas palabras semánticamente, sugiere que ethos apunta a “la actitud de la persona hacia la vida”.

Hemos indicado que en un inicio se traducía por morada; más tarde, en la época de Aristóteles, se matizó, pasando el término a indicar un lugar íntimo, allí donde se “refugia” una persona, al igual que lo puede hacer en el interior de sí mismo, llegando a conformarse que de Ethos se derivan todos los actos particulares.

El término pasa al latín, perdiéndose parte de las significaciones adquiridas y conformándose como mos/moris. “Mos” es similar a “habitus”, referida pues a una conducta, a una práctica. En su forma plural, “mores”, apunta a la significación de “lo externo”, las costumbres, los usos.

Vulgarmente se toma a la ética y moral como equivalentes. Pero no es exactamente lo mismo. Nos lo indica Bilberny que apunta a que “la moral tiende a ser particular por la concreción de sus objetos, la ética tiende a ser universal, por la abstracción de sus principios”. De alguna forma podríamos indicar que la ética “es la disciplina que se ocupa de la moral”, de aquello que es propio de los actos humanos, evaluándolos como buenos o malos. Esto está sujeto a una serie de condiciones, las siguientes:

Los actos deben de tener las características de aquello que los realiza de que sean libres, voluntarios, y conscientes. Además de estas características hay que contar con que se trata del “cumplimiento de un deber”; en última instancia con el imperativo de lo que debemos o no de hacer.

Algunos autores han definido la ética como la filosofía de la moral; para otros es la ciencia de la moral, en su origen y desarrollo, y de las reglas; normativización del comportamiento y deberes de los sujetos desde su entorno más próximo al más alejado pero que les incumbe en la medida en que están inscritos. Nos referimos a los deberes para con familia, la sociedad, la patria y el Estado. Estas obligaciones instauradas como un deber se transmiten de generación en generación, expresándose bajo las categorías que la propia sociedad va elaborando. Tales categorías se refieren a juicios sociales sobre los términos de justo/injusto, bueno/malo, honesto/deshonesto, etc. Estos juicios se instauran a través de principios y normas morales.

Los hombres son educados bajo unos determinados preceptos donde se incluyen los morales. Por tanto, todo hombre toma conciencia de tales preceptos que son los que van a regir y acompañar cuando se realiza un acto, y es entonces cuando podemos reflexionar sobre el acto que hemos decidido realizar. La conciencia moral nos indicará de su pertinencia o no, en función de esas obligaciones que el hombre se deba para con los otros y con la comunidad social donde está inscrito.

Aristóteles adjudica a Sócrates como el fundador de la ética. Este introdujo “las virtudes éticas” y reflexionó sobre cómo debemos de vivir. Séneca confirma la autoría de la ética en Sócrates señalando que la mayor sabiduría a la que puede aspirar un hombre viene dada por la distinción del bien y del mal.

Estando habilitados para articular estos términos al asunto que estamos abordando, la ética en psicooncología, indicando que la ética médica es un aspecto particular y concreto de la ética tomada en sentido general. El objeto de la ética en el ámbito que nos

ocupa estará determinado por los principios y normas que se articulan entre los trabajadores de la salud. Incumbirá a la relación entre los trabajadores de la salud con los otros, enfermos y sanos, y la sociedad. En aspectos más concretos abarcará el secreto profesional, el error médico y la experimentación con seres humanos.



Los aspectos nucleares de esta ética que nos incumbe es la relación médico-paciente, la relación de los trabajadores con los familiares del paciente, y, por último, el haz de relaciones que se

establecen entre los propios trabajadores entre sí mismos (equipos).

Bioética

Si descomponemos la palabra bioética, conseguimos dos vocablos: bios y ethos. Bios alude a la vida, y ethos a la ética. Por tanto, bioética es “la ética de lo vivo”.

El término es acuñado por Fritz Jahr. Escribió dos artículos en los que introduce el término bioética: el primero en 1927 titulado “Bio-ethik: Eine Umschau über die ethischen Beziehungen des Menschen zu Tier und Pflanze (“Bio-ética: una panorámica sobre la relación ética del hombre con los animales y las plantas”).

Pocos años después se precipita otro artículo, “Bioethik: Drei Studien zum 5. Gebot, en la revista Ethik. Sexual und Gesellschaftsethik” (Bioética: tres estudios sobre el quinto mandamiento”, en la revista Ética. Ética sexual y social).

Las formulaciones de Jahr se basaban en Kant, en sus imperativos éticos, donde haciendo una trasposición, Jahr señalaba el imperativo bioético. Tendría como objeto el guiar “el comportamiento humano respecto de todos los seres vivos”.



Más de treinta años después, vuelve a surgir el término bajo la palabra de Van Rensselaer, un bioquímico y oncólogo de EE.UU, quien en dos artículos, muy seguidos en los años setenta y setenta y uno, (“Bioethics: the Science of Survival”, “Bioética: La ciencia de la supervivencia”; y “Bioethics: Bridge to the Future”, “Bioética: Puente hacia el futuro”, respectivamente) introduce a la Bioética como una ciencia que tiene por finalidad garantizar la supervivencia en la tierra. ¿Cómo?... plantea un diálogo entre las

ciencias experimentales y las ciencias humanas.

Para la bioética hay dos momentos esenciales en la vida del hombre: su inicio y su final. intenta dar respuesta a las incertidumbres que precipitan la enfermedad. Podemos indicar cuatro principios cruciales que atraviesan a la bioética, a saber:

el de beneficencia, el de no-maleficencia, el de autonomía, el de justicia. Indiquemos algo acerca de ellos:

Cuatro Principios fundamentales de la Bioética

-Beneficencia. Actuar pensando en los otros. Hacer el bien.

-No-Maleficencia. Es el “primum non nocere”. Se traduce como “lo primero es no hacer daño”.

-Autonomía. Preservar el derecho de la capacidad de tomar decisiones

-Justicia. Alude a la equidad del acto

-Beneficencia. Este principio apunta a la obligación de actuar pensando en el beneficio de los demás. Se trata, pues de hacer el bien. Acontece en el ámbito privado, y si no se realiza no se penaliza judicialmente.

-No-maleficencia. Es el “primum non nocere”. Se traduce como “lo primero es no hacer daño”. También en este concepto se incluye la noción de prevención. Su ámbito de actuación es público, y su no realización está penado.

-Autonomía. En la medida en que todas las personas tienen capacidad para determinar sobre las cosas que les incumben y tomar decisiones sobre ellas, el principio de autonomía preserva este derecho para todos los sujetos. Y aquellos que por alguna circunstancia su autonomía quede restringida, entonces se le acomodará “protección”. Alcanza al ámbito privado y su no cumplimiento no está sujeto a penalización.

-Justicia. Este principio alude a la equidad del acto. Apunta a la existencia de un equilibrio entre cargas y beneficios. Todos los sujetos deben de poder acceder al tratamiento, con lo cual se subraya la importancia del hecho de la discriminación por cualquier motivo. El ámbito al que incumbe es público, y su no cumplimiento es sancionado por la ley.

Puede darse la circunstancia de la existencia de un conflicto entre varios principios. En dicho caso, la importancia de su observación y cumplimiento serán los que incumbe al ámbito público, como es el caso de la no-maleficencia y la justicia. Los otros, siendo importantes, incumben a la escena privada.

Hemos indicado anteriormente que uno de los momentos en que la bioética deposita el interés es el final de la vida. En ese momento, los aspectos a tener en cuenta que se movilizan serán los siguientes:

- El paciente terminal
- El derecho a morir con dignidad
- La calidad de vida
- La distanasia
- Suicidio asistido

Nuestro abordamiento en este texto se centrará en la información y evaluación sobre la autonomía, el consentimiento informado, calidad de vida, el énfasis para realizar un diagnóstico rápido, seguro, fiable y de respeto a la dignidad del enfermo.

El principio

Hemos indicado que debemos de facilitar los elementos para que el paciente pueda tomar decisiones que le incumben. La buena voluntad, el deseo de hacer el bien, no son suficientes para garantizar el proceso de la toma de decisiones por parte del paciente.

Son muchos elementos los que intervienen y también muchas personas; desde el equipo, a los familiares, y al propio paciente, y entre todos los elementos y personas, el profesional sanitario está convocado a investigar entre lo verdadero y lo correcto. Además, debemos de tener en cuenta los posibles conflictos de “valores” que puedan emerger entre los propios miembros que conforman el equipo de atención al paciente oncológico. Indicamos algunos puntos a tener en cuenta:

- Con frecuencia estamos incoados a tomar decisiones técnicas; lo importante es que toda decisión debe de ir acompañada de una participación de carácter ético. Van de la mano: Decisión técnica y componente ético, inseparables. Por ello, puede acontecer que no toda decisión técnica posible sea sostenible desde la ética. Nos podemos

“refugiarnos” en el rigor científico para tomar decisiones, pero estas, ni el rigor científico tampoco, están separadas de las concepciones morales. No existe la asepsia moral. No podemos escondernos en la “neutralidad de la ciencia”.

-Otro aspecto determinante es la relación entre poder y saber. Estos están muy entrelazados. Históricamente el saber ha dado al médico un lugar privilegiado encumbrándole a esferas de poder sobre los otros, y en el ámbito social también. No es ningún secreto que ese saber ejerce una fuerte influencia en los pacientes, que por estar aquejados de una importante enfermedad se encuentran psicológicamente en una situación de vulnerabilidad. Es decir, la relación médico-paciente está atravesada por una disimetría importante, donde el médico puede tener al alcance de su mano la posibilidad de cubrir ciertas necesidades de los pacientes. En definitiva, indicamos la importancia de articular el saber y el poder con la obligación del deber.

-Hemos de ser conscientes que para que podamos acceder a una reflexión precisamos de datos; es importante que podamos acceder a un análisis exhaustivo de los datos. En última instancia, para acompañar con una buena ética hay que hacerse con unos buenos datos.

- La mejor atención posible al paciente oncológico puede ser una de las aspiraciones más importantes para los que trabajan en este ámbito. Para ello, los profesionales se pueden ayudar de tres pilares importantes que señalamos:

-Los aspectos clínicos. Sostenidos por la investigación y textos acerca de la praxis.

-La comunicación con pacientes y familiares es fundamental, de primer orden. Conviene siempre articular estas intervenciones en formato terapéutico.

- Por último, el pilar del análisis moral. Conviene que esté sostenido por criterios racionales, y apoyada por una metodología analítica y deliberativa suficientemente bien fundamentada en criterios racionales y con una metodología que permita el análisis con

capacidad de relativizar nuestra propia perspectiva tomando en consideración la que puedan aportar los otros (Aristóteles señala que: “cuando las decisiones son complicadas conviene preguntar a los amigos”).



- Es importante que tengamos en cuenta campos comunes que incumben a la clínica y a la ética a la hora de realizar procedimientos. Campos como la teoría de la deliberación, el razonamiento probable, el término medio....

-Conviene ser precavidos en el campo ético de la toma de decisiones. Al igual que no es pertinente realizar un diagnóstico médico

sin haber acudido a las pruebas pertinentes, tampoco lo es aplicar el aspecto ético sin que se realice el análisis de forma deliberativa. Más allá de que alguien haya acumulado mucha experiencia clínico-médica y personal con muchos pacientes, esto no garantiza la llamada “corrección ética”.

Hechos y Valores

Ya hemos indicado que esta dupla debe de ir anexionada, una junto a la otra. Insistimos. Ante cualquier decisión, ésta debe de ir acompañada de una valoración moral. En el campo de la psicooncología conviene que tengamos en cuenta los siguientes elementos:

A. Experiencia de sufrimiento.

Cáncer y sufrimiento están asociados. Es difícil pensar que esta asociación no existe, a pesar de que el sufrimiento, su grado, va a estar determinado por diversos factores como son la propia estructura de personalidad del sujeto con cáncer, el momento del

diagnóstico (inicial, o el cáncer está ya en desarrollo), protocolo médico propuesto, red de relaciones personales. El sufrimiento acompañará al paciente y a las personas que lo rodean de forma inevitable.

Hay algo del sufrimiento que se nos escapa, en la medida en que no es tangible. No lo es si lo ponemos en relación a un tumor, o a una úlcera por decúbito, o en el plano psicológico a una obsesión. Al no ser fácil su tangibilidad tampoco lo es operativizarlo como problema. Es más ¿qué persona, qué personal sanitario se hará cargo del sufrimiento? Si la respuesta es que cada miembro del equipo se hará cargo de aquello que lo compete, esto nos indicará que nadie, en realidad, se hará cargo del sufrimiento.

Añadimos otra interacción interesante: el dolor y el sufrimiento. Se relacionan en función de algunas características. Por ejemplo, el dolor es subjetivo (aunque para nosotros es suficiente para convenir que existe). Hay personas que indican acerca del dolor cuando consideran que está fuera de control, cuando es impactante y no saben de donde les viene. También cuando el dolor se cronifica toma tintes de insoportabilidad. Para ello, tenemos ciertas claves que pueden hacer variar el curso del acontecimiento del sufrimiento más allá de que el dolor pueda persistir. Por ejemplo, investigar la fuente del dolor, ya que esto facilitará el cambio de significación en la medida en que “puede ser controlado”, y además, quizá, hacer un pronóstico de su extinción.

El dolor y el sufrimiento pueden girar sobre sí mismos: el dolor físico, su precipitación y su insistencia facilita la sensación de malestar psíquico, y este refuerza la sensación del dolor.

Podemos ubicar al dolor en relación a los principios de la bioética, y nos encontraremos con la cuestión de la no-maleficencia en la medida de que un paciente no se le alivia el dolor por la intervención con una mala praxis a la hora de escoger un protocolo inadecuado de tratamiento; también, en este caso, se verá afectado el principio de justicia si todas las personas no tienen el mismo acceso al tratamiento contra el dolor.

Esto nos llevaría a una situación de discriminación. Igualmente, el principio de autonomía se vería tocado en tanto un paciente no estará en situación de poder tomar decisiones si no conoce las posibilidades reales de afrontar el dolor.

Un aspecto importante que no hemos abordado es la cuestión de que para que haya sufrimiento no es condición que exista dolor. Tampoco podemos decir que un estado emocional determinado, negativo, pueda definir el sufrimiento. Si bien es correcto la dirección de que el sufrimiento lleva a un malestar, no lo es en sentido inverso: no todo malestar genera un sufrimiento. ¿qué es entonces el sufrimiento, cómo nos podemos acercar a una definición? Para ello, expondremos algunos elementos que nos ayudarán:

- Un sujeto sufre cuando percibe que existe una amenaza (puede ser potencial) que afecta a su existencia bien en el orden físico o psicológico. Le añadimos que no disponga de recursos para poder afrontarlo, con lo cual la deriva es la ausencia de controlabilidad que le apuntala en el campo de la impotencia e indefensión.

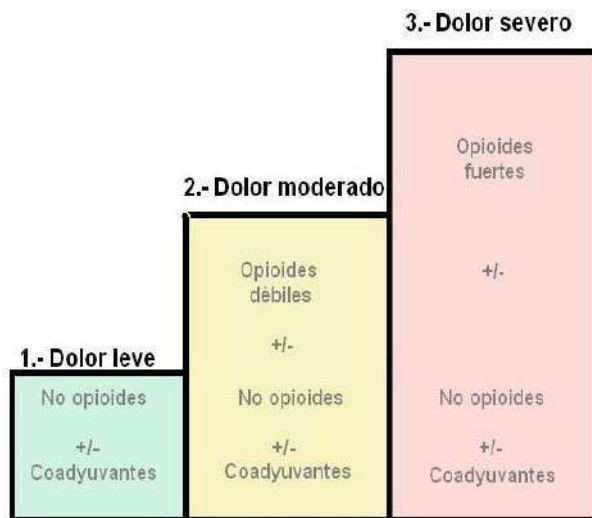
Este iniciático análisis facilitará evaluar en qué áreas podemos intervenir desde la clínica:

- Si intervenimos en la forma de establecer contacto, inicio de relación médica o psicológica o de trabajo social, incidiremos en distanciarnos de una “estimulación psicosocial” desagradable. Por tanto, mejoramos en las pautas de interrelación.

- Podemos intervenir en cuanto al dolor, acudiendo a la escala analgésica que propone la OMS. Atemperamos, pues, la “estimulación biológica” en cuanto al dolor sentido.

- Igualmente podemos incidir en el atemperamiento sentido por el paciente respecto de la amenaza. Podemos proponerle una reestructuración cognitiva, es decir, invitamos al paciente a que identifique y corrija dichos pensamientos.

- Si intervenimos en la regulación de las visitas, podemos incidir en el control que el sujeto ejerce sobre la situación. Esta pequeña intervención modificará la dinámica de indefensión en la que se encuentra.



-En momentos de bajada del estado de ánimo, podemos sugerir que las escenas que el paciente pueda ver y sentir en su espacio vital sea más “coloreado”, más diversificado, apuntando a la modificación del estado depresivo.

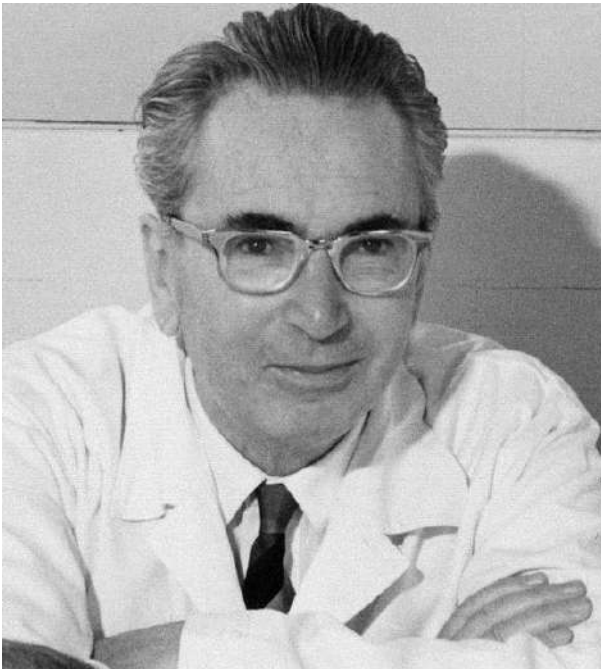
Estas intervenciones técnicas también deben de ser consideradas desde el orden ético. Estas medidas afrontan la

cuestión del sufrimiento que el psicooncólogo tiene que abordar. Si lo realiza o no pondrá en funcionamiento el estado de valores de su práctica profesional. Es decir, el abordar el sufrimiento en los sentidos que hemos mencionado es un deber.

Introducidos como estamos en el sufrimiento, podemos preguntarnos el sentido que tiene el mismo, excluyendo claro está el par sadismo/masoquismo. Matizaremos que en medio del sufrimiento sí es posible encontrar sentidos, en plural, a los enigmas del propio sujeto. El sentido no deviene del sufrimiento, sino que se sufre y a la vez se puede encontrar sentidos. El ejemplo que podemos señalar es del de Viktor Frankl donde su experiencia en los campos de exterminio nazi le permitieron “buscar el sentido” potenciando sus recursos tanto cognitivos como emocionales.

La ética nos hace preguntarnos por lo bueno o lo malo de las conductas. Cuestión que nos permite el planteamiento acerca de si el sufrimiento es algo bueno o malo. El ser humano es ilimitado, y además no se encuentra en el centro del universo siendo lo único importante (más de uno acabó en la hoguera por defender la pequeñez del hombre),

siendo una realidad a la que el propio hombre está llamado a aceptar. Y esto acarrea un sufrimiento, ineludible, y necesario. Tenemos que indicar que hay un sufrimiento necesario, propio como venimos diciendo de la condición humana – pensemos que los niños maduran con una buena aportación de sufrimiento, pero éste es el que señalamos como necesario – y otro que es el que apelamos al calificativo de innecesario, al que hay que combatir – aproximándonos al lenguaje del psicoanálisis diríamos que se trata de un “goce” -.



¿Dónde se precipita la cuestión del imperativo del deber, el “deber ser”? . En los asuntos relacionados con la prevención, el afrontamiento, y el modo de instrumentalizar ese sufrimiento. Este puede ser manejado tanto para humanizar como deshumanizar la vida. Los profesionales sanitarios y/o sociales se enfrentan a problemas técnicos, desde cómo resolver una úlcera por decúbito o que el paciente salga de una

depresión o cómo ayudar a que el paciente logre recursos económicos para el mantenimiento de su familia mientras se encuentra hospitalizado.... Y además, se verá enfrentado a la experiencia de sufrimiento que acompaña a los malestares físicos, psicológicos o económicos. Si no lo realiza, emergerá la irresponsabilidad de carácter moral.

Con respecto del sufrimiento, también tendremos en cuenta las situaciones devenidas del acompañamiento de terceros, como un hijo, la pareja, los padres o un amigo, y plantearnos el sufrimiento en estos casos: el sufrimiento como mal menor. Cuando alguien acepta ese lugar de acompañamiento, sabe que conlleva una cuota de

sufrimiento inherente a la situación. El sufrimiento existirá debido a una toma de decisiones, y a la vez indicaremos que este sufrimiento no será condición de posibilidad que facilite la emergencia de ciertos valores tales como la generosidad, la solidaridad, o el saber estar. Es decir, este sufrimiento no alcanza a definirse como bondad.

La cuestión del sufrimiento es abordada en bioética por la perspectiva principalista.

Beauchamp y Childress elaboran un paradigma para los trabajadores de la salud, con el objeto de que puedan valerse en momentos concretos de su actuación y toma de decisiones.

Este paradigma se sustenta bajo los principios ya señalados de autonomía, beneficencia, justicia y no-maleficencia e interpretados a través del enfoque de “utilitarismo mitigado” y la deontología “prima facie”. La obligación “prima facie” es de obligado cumplimiento, salvo una excepción a tener en cuenta, que en una situación dada la obligación entre en conflicto con otra de igual o mayor valor. Beauchamps y Childress no dan prioridad a los principios con el objeto de vitar que dichos principios sean unos más importantes, y por tanto “amos”, de la situación.

Podemos ponernos en la situación de cuando acontece el duelo de una madre por un hijo con enfermedad de cáncer y no es atendida ni por el sistema ni por los profesionales del equipo. Cuando menos, podemos afirmar que emerge el campo de la contradicción, dirigiéndonos a pasos agigantados al principio de no-maleficencia. Pero también entraría en juego con el principio de justicia, ya que no garantiza la igualdad de oportunidades por no atender a las personas con el mismo valor que a otras que sufren. E igualmente si nos enfrentamos al principio de beneficencia, ya que obliga al sistema y al resto de profesionales a encontrar itinerarios de salida con respecto del sufrimiento.

¿Y qué decir con el principio de Autonomía? Con la fragilidad desplegada por la situación que vive esta madre, ¿acaso está en condiciones de poder tomar decisiones en cuanto a las cosas que le incumben? Todos los sujetos están dotados de la capacidad de decidir sobre sus cosas; pueden verse situados en fragilidad física, sin duda, pero no incumbe o alcanza necesariamente a situarse bajo una fragilidad de corte moral.



Podemos, sin duda, intervenir sobre el sufrimiento, pero no se puede controlar bajo la determinación de todas sus posibilidades de presentación. Ni siquiera en los casos de los cuidados paliativos

seremos capaces de controlar el sufrimiento. Podemos acompañar, se puede atemperar, pero no eliminar. Podemos caer en el error, en la conceptualización de que se puede “medicalizar” el sufrimiento. Podemos creer que se puede tratar médicamente cuando lo fundamental es tener en cuenta de que son los sujetos quienes sufren, y no los cuerpos.

La posibilidad de controlar el sufrimiento deviene de cierta conceptualización de la omnipotencia de la medicina y del hombre: nada más lejos de la realidad. Intervenir, sí claramente, pero sin el objetivo omnipotente de pretender controlarlo todo – Ya Freud indicaba a sus colegas que había que tomar precauciones de aquello que se albergaba en sus corazones en referencia al “furor curandis”, de la capacidad de “curar” a los enfermos psicológicos-.

Por último, queremos hacer referencia a las situaciones que se puedan producir en sedaciones profundas. No porque se produzcan, sino porque se precisa de una

aceptación explícita por parte del paciente – ya se sabe con anterioridad cual va a ser el destino de un paciente en situación terminal –. Puede acontecer que esta situación sea una huida hacia delante frente al afrontamiento de la experiencia de sufrimiento por parte de los profesionales. Por ello, un postulado posible es que el psicooncólogo acoja como imperativo moral la experiencia de sufrimiento.

La ética y el cáncer

En torno al cáncer se asociarán elementos físicos, psicológicos y de contenido moral. Se ubican en la misma constelación e interactúan entre ellos. Indicamos los siguientes:

- El camino de la ética del curar a la ética del cuidar. El tránsito desde el diagnóstico, pronóstico, tratamiento a los cuidados paliativos.
- El conflicto clínico-investigación.
- Interacciones profesionales: sanitarios-paciente y familiares. Situaciones de comunicación, apoyo emocional, consentimiento informado, confidencialidad.
- El derecho a una información veraz. Conspiración del silencio, barrera contra la verdad.
- De la ética de la indicación a la ética de la elección.
- El lugar de la familia. Los padres como representantes de sus hijos.
- Sedación profunda en situaciones de terminalidad con el paciente oncológico.
- La obstinación terapéutica. Llevar a cabo medidas no proporcionadas, desequilibradas con la finalidad de evitar la muerte de un paciente en tratamiento de cuidados paliativos
- El suicidio médicamente asistido y la eutanasia.
- La limitación del esfuerzo terapéutico en las Unidades de Cuidados paliativos

- La ética del trabajo en equipo.
- Relaciones entre interdisciplinariedad e interinstitucional.
- Cáncer y tratamiento en relación a diversidad cultural.
- Principio de justicia en bioética y el acceso a la distribución de recursos limitados.
- La formación de profesionales sanitarios.

En la actualidad hemos de tener en cuenta tres cuestiones de primer orden, a saber:

- La ya mencionada responsabilidad moral de los profesionales frente a la experiencia de sufrimiento del paciente oncológico y su familia.
- Presunción de la valoración de la competencia psicológica para poder albergar la toma de decisiones clínico-ética (Por ejemplo, pensemos en una doctora en medicina que sufrió en su trabajo un “brote psicótico”).
- Los criterios de excelencia que han de guiar la praxis profesional, a partir del desarrollo de la ciencia, de la complejidad que conforme el acto médico, de la disponibilidad de medios y de equipo, y aspectos concretos que delimitan la enfermedad del paciente.

Vamos a señalar algunos de los elementos en los que el psicooncólogo está llamado a intervenir:

- A. Ante el momento/s de la toma/s de decisiones que implican a la vida de una forma severa e importante puede emerger en los pacientes con situaciones de ansiedad. Es la precipitación de los estresores ante las decisiones.
- B. Cómo y cuando intervenir en un acto veraz.
- C. Injerencia de la familia sobre la capacidad de autonomía del paciente en relación a la toma de decisiones o reflexión sobre la pertinencia o no de seguir el tratamiento. La

producción de esta situación en el paciente es de irritabilidad y confusión en cuanto se trata de problemas éticos a resolver por parte de la familia. Esta ausencia de ética se encuentra detrás de los problemas psicológicos del paciente.



D. Detrás de los dilemas éticos esgrimidos o puestos en juego, se encuentran los problemas psicológicos. Un paciente puede argumentar sus dificultades ante el

acceso a un tratamiento invasivo como la quimioterapia debido a un abandono familiar, cuando en realidad lo que sucede es una precipitación de un cuadro ansioso debido a la situación. También puede ser, en el fondo, una llamada de atención a la familia debido a la ansiedad e indefensión.

E. Los problemas derivados de la conspiración del silencio.

F. El “menor maduro”. Ética, principio de Autonomía en el “menor maduro”. Evaluación de la capacidad del menor, tomando en cuenta la edad, la madurez, el desarrollo personal para tomar decisiones concretas y complejas a las que inevitablemente se enfrentan los profesionales sanitarios.

G. Prevención. Al encontrarnos a un paciente de cáncer donde no se han precipitado síntomas psicopatológicos ni éticos conviene vigilancia psicológica como aspecto preventivo y ético.

Si bien una de las tareas es detectar problemas psicopatológicos, también lo es investigar otro tipo de situaciones que puedan intervenir como son los culturales, religiosos, éticos, etc.

La Declaración sobre los Derechos del Paciente de Cáncer de la “European Cancer League” (ECL) señala que “los aspectos médicos y psicosociales tienen la misma importancia para los pacientes de cáncer”. Esta realidad es la que convoca a que la intervención con el paciente oncológico tenga un carácter interdisciplinar

Trabajar en Equipo

Balfour Mount, cirujano de profesión, acuñó el término de “Cuidados paliativos” en Canadá. Alcanzó conclusiones que fueron las que le movilizaron a crear Unidades de Cuidados paliativos en su país, después de haber estudiado la situación de los enfermos terminales y sus familias en Londres. Estas fueron que con frecuencia los pacientes terminales eran “dejados” en manos del dolor y el sufrimiento por un manejo inadecuado de estos pacientes. El proyecto de la Unidad de Cuidados Paliativos conllevó la creación de un equipo multidisciplinario, otra Unidad de acompañamiento al duelo, y el seguimiento de los pacientes en su domicilio. Por tanto, tenía la oportunidad privilegiada para reflexionar sobre el trabajo en equipo.

En España, surgen las primeras experiencias de Unidades de Cuidados paliativos en Santander, Barcelona y Madrid. Estas primeras experiencias tienen el denominador común del trabajo multidisciplinar pero cargado con un acento importante: los equipos escogidos tienen un peso de mayor conformación profesional de la perspectiva médico-sanitaria que desde la socio-sanitaria (representante de la Psicología y del Trabajo Social). Ciertamente esta determinación afecta a la dinámica del equipo.

También ha habido una evolución de las definiciones que se realizan de los Cuidados Paliativos. La OMS introduce la palabra de “enfoque de equipo” para poder dar respuesta

a las necesidades tanto de los pacientes como de las familias e indica: “Enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación del tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos, sociales y espirituales”. En esta definición también incluyen el soporte del duelo.

Posteriormente, la WPCA en la “Declaración de Política sobre la definición de Cuidados Paliativos” señala que la Unidad “utiliza un enfoque de equipo para abordar de manera integral las necesidades de los pacientes y sus familias”.

El problema de los equipos es que no hay un protocolo que indique cómo deba de ser el funcionamiento de los mismos: no hay criterios, ni indicadores de funcionamiento. Nadie pone en tela de juicio ni su necesidad ni su presencia, pero no existe descripción detallada ni específica de su dinámica.



No es fácil trabajar en equipo; ya lo decía Balfour Mount señalando que aquel que había trabajado en equipo podía hacer gala de las cicatrices que llevaba consigo. La composición

multidisciplinar no garantiza necesariamente un funcionamiento en equipo con enfoque interdisciplinar. Existen una infinidad de historias profesionales de cada uno de sus miembros, intereses muy distintos, niveles laborales también diferentes... cuestiones que dificultan la dinámica de un equipo.

Parece claro que, como en el funcionamiento de cualquier otro equipo, no conviene que todos los miembros hagan todo tipo de funciones, ya que esto no tiene mucho sentido, ni tampoco es conveniente que aparezca la figura del omnipotente que puedan ubicarse en el lugar de que puede hacerse cargo de las cuestiones médicas, espirituales, sociales, etc. (esto casi es lo peor que puede suceder). Insistimos que como en cualquier otro grupo tiene que acoplarse a la dinámica de que hay funciones que podrán ser compartidas, o en parte, y que ciertamente las habrá que correspondan a una de las disciplinas en acción.

También existe cierta condición de conocimiento de una disciplina sobre las otras, al menos mínima. Por ejemplo, una enfermera deberá saber que un psicólogo trabaja con los niños con pruebas gráficas y con juegos (la hora de juego, por ejemplo); un médico tendrá cierta idea de lo que realizan los voluntarios, al igual que a un psicólogo tendrá que observar que un paciente si adquiere ciertas posturas puede conllevarle úlcera por decúbito.

La toma de decisiones es una de las cuestiones más importantes a la hora de trabajar en equipo. Se pueden plantear diferentes opiniones entre los equipos. Es conveniente tomar la postura de adoptar la diferenciación entre lo que se debe a la postura técnica de la cuestión ética. Las decisiones técnicas plantean menos inconvenientes que las segundas, aunque ciertamente en ocasiones se imponen por criterios de experiencia y autoridad.

En general, los campos están bien definidos: los psicólogos no se van a entrometer en las decisiones técnicas del médico con respecto de si a un paciente el protocolo deba de ser quimioterapia y después radioterapia o empezar el tratamiento con ésta; no tiene sentido para el psicooncólogo. En cambio, lo que debería también estar claro para el estamento médico con respecto de los tratamientos psicológicos, no lo está en la medida en que se deslizan los criterios de autoridad y por ello son muy dados a discutir procedimientos o incluso tratamientos. Se pueden discutir los medios si es que de alguna forma alteran ciertos fines.

Ahora el turno le toca a los valores morales. Y ahí, tanto el médico como el enfermero como el psicólogo y el trabajador social están al mismo nivel. Tienen visiones distintas en función de sus profesiones, de sus capacidades y habilidades, y también desde su propia personalidad, pero este aspecto es muy enriquecedor si se acepta y se escucha desde esta diversidad. Aunque parezca sencillo el escuchar y aceptar las diversas sensibilidades no lo es tanto porque justamente estas diferencias construyen una realidad distinta para cada uno, y esto es fundamental a la hora de abordar las dificultades de trabajar en equipo.

La interdisciplinariedad es nuclear para articular la bioética con la oncología y la psicooncología. Es frecuente que se cree un Comité de Bioética en los centros hospitalario. Su creación ya por definición es interdisciplinar, y por tanto estará llamado a instaurar un tipo de metodología que favorezca la comunicación entre sus miembros a partir de la diferencia, que asocie voluntades bajo los principios de dirigirse a objetivos universalizables, proponiéndose encontrar consenso en las decisiones a tomar manejando la deliberación moral.

Es fundamental para que se pueda desarrollar un buen equipo, en cualquier ámbito, la atención a las necesidades de los miembros que lo componen; en caso contrario se producirá frustración, tendencia a evitar el equipo y dirección hacia el individualismo profesional.

El paciente y otros intervinientes

Toda la articulación en la que nos hemos sumido tiene como objetivo central al paciente oncológico. Partimos de que es un sujeto con Autonomía personal, que tiene la capacidad de deliberar y tomar decisiones sobre los asuntos que le incumben de forma personal. En este sentido, como profesionales solo tenemos que dejar hacer que esta cuestión siga funcionando de esta manera. Pero podría aparecer algún escollo en relación a esta

determinación. Por ejemplo, que estas decisiones del paciente no perjudiquen a otros de forma clara en plena trasgresión del principio de justicia (¿es perjudicial que un sujeto, después de una historia personal de varios cánceres y procesos de quimioterapia, decida no someterse más al protocolo, y que afecte a la familia puesto que decide morirse?).

Si no respetamos sus determinaciones entonces nos ubicamos del lado de los transgresores impidiendo el principio aludido de Autonomía. A pesar de que dicho paciente va a estar sometido a una presión determinada y que además los protocolos del tratamiento le van a afectar en muchos sentidos, sigue teniendo la capacidad de pensar sobre sí mismo y lo que más le conviene (esta cuestión es muy importante para los propios familiares del paciente que en más de una ocasión presionarán al psicooncólogo para que “haga entrar en razones a su familiar”).

El psicooncólogo se puede apoyar en las “instrucciones previas” que señala la ley de Autonomía para salvaguardar dicho principio en los pacientes: “Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad con el objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas”.

Ciertamente, la presentación de tal escrito al inicio del protocolo (conviene ya tener un buen rapport con el paciente) crea una tensión en la medida en que se anticipan momentos difíciles de abordar para el propio sujeto (capacidades, momentos cruciales, etc.), pero también es un elemento que puede convertirse en un instrumento terapéutico

por la percepción de “control”, ayudando a clarificar ciertos momentos, así como la protección sobre la indefensión.

A la valoración del principio de Autonomía se suman otros elementos a considerar, por ejemplo, a quién, cómo y cuando notificar resultados, o las respuestas a preguntas complejas por su carga emocional, o qué hacer o cómo abordar la “conspiración del silencio”. En estos momentos, el psicooncólogo tiene cosas que decir. El médico tendrá la obligación de aportar el diagnóstico técnico, y el psicooncólogo tendrá que ubicarse en la escena para contener el desborde emocional, aclarar cuestiones, o simplemente acompañar al paciente.

Si bien es cierto que el personaje principal es el paciente, no debemos olvidar que existen otros que también están en la escena: los familiares y el resto de profesionales. Debemos “cuidar” al “cuidador principal”, desde poder atenderlos profesionalmente hasta dotarles de información relevante para que puedan ejercer su función con mayor efectividad.

En lo que respecta a los profesionales, se trata de la elección del modelo de relación que se quiera articular con los pacientes. De manera descriptiva, señalamos cuatro modelos que introducen Ezequiel Emanuel y Linda L. Emanuel y que podemos articularlas para el campo que nos ocupa de la psicooncología.

Los cuatro tipos son el paternalista, el informativo, el interpretativo y, por fin, el deliberativo. Este último es el que más conviene al psicooncólogo si desea ubicarse de forma más profesional. El objeto de este modelo es ayudar al paciente a determinar dentro de los valores articulados con su salud y que van a ponerse en juego en un acto clínico, aquellos que son los mejores. Entre los objetos que hay que considerar podemos incluir el por qué ciertos valores pueden adquirir más importancia, y por tanto valor, y, podemos perseguirlos aspirando a alcanzarlos. El profesional le podrá ayudar a seguir

“desarrollándose como persona”. Ciertamente, es más que posible que las propias consideraciones morales del paciente difieran de la visión particular del psicooncólogo.

Si el profesional escoge la vía paternalista, ocupará el lugar de la experiencia no dando oportunidad al despliegue discursivo del paciente. Tendrá buenas intenciones, pero hará predominar su mundo interno de valores.

Aquel que escoja el modelo informativo adoptará un lugar distante, de dotar de datos, de información “sin alma”; se esconderá detrás de estos números y estadísticas, pero no sintonizará con el paciente.

El profesional que opte por el modelo interpretativo acompañará al paciente en la investigación de su mundo interno de valores, pero no le ayudará a articularlo con la experiencia que está viviendo.

Bioética y psicooncología

La articulación entre los valores y los afectos es compleja. Es una relación difícil entre el pathos y el ethos. En última instancia entre lo que sentimos y pensamos, o entre deseo y razón.

Pascal señala de “las razones del corazón que la razón no conoce”. Ya acercándonos más a nuestro campo, nos ayudamos de Schopenhauer que indicaba que los valores eran creados a partir de la fuerza de los sentimientos. Y Scheler indica que los valores tienen la propiedad de convertir a “los objetos en buenos o malos”. Por su parte Hume refiere su oposición a los sistemas éticos que presentan a la razón como elemento que alcanza a distinguir el bien del mal, y señala: “Si podemos depender de algún principio que aprendamos de la filosofía es éste, que pienso puede ser considerado cierto e indudable: no hay nada en sí mismo valioso o despreciable, deseable u odioso, bello o deforme, sino

que estos atributos nacen de la particular constitución y estructura del sentimiento y afecto humanos”.

Se admite que frente a los sentimientos no hay un control sobre ello por parte de las personas. También contamos con la dificultad para poder ajustarnos a una definición de un sentimiento concreto (los celos, por ejemplo) en cuanto a su intencionalidad, pero en cambio sí se connota como responsabilidad a los sujetos en relación a su conducta no solo ésta sino también lo que cada cual siente y cómo y cuando lo siente. Pero esto nos ayuda a diferenciar que los sentimientos no conforman el criterio de moralidad; no es lo mismo.



Por ello, es más que necesario desglosar, diferenciar aquello que pertenece al campo ético de los otros que es del ámbito de los sentimientos, aunque tengamos que afirmar

que habitualmente aparecen bajo el mismo ropaje en los distintos discursos. No podemos dudar de los sentimientos, un sujeto siente lo que siente y esto es indudable. No ocurre lo mismo con los contenidos éticos; estos, sí que son cuestionables y cuestionados. Y en el mundo que nos ocupa, la oncología, sí que es muy factible que se puedan confundir. La importancia es radical si queremos defender la toma de decisiones.

La responsabilidad en los cuidados del psicooncólogo

Si indicamos “cuidado” es porque estamos centrando la tarea nuclear del psicooncólogo. Cuidar y no tanto el “curar”. Centrarnos en el cuidado integral del paciente. En Oncología cuando el protocolo no alcanza, cuando el destino se determina, se pasa del “curar al cuidar”. Y esto significa el abordaje de los Cuidados paliativos.

Por supuesto que el psicooncólogo interviene en la psicopatología a través de la terapia, pero queremos destacar el objeto holístico de cuidar a la persona como un todo cuando se ha precipitado la enfermedad del cáncer.

Los cuidados comportan igualmente una ética. Y ésta, la ética del cuidado estará atravesada por dos elementos: la fragilidad y la responsabilidad. Para Paul Ricoeur lo que anima al despliegue, y a la responsabilidad, de una ética de la fragilidad (o vulnerabilidad) es el sufrimiento y la precariedad. La ética es siempre una ética de la fragilidad, es decir se trata de la protección hacia aquellos que por su situación se encuentran en unas condiciones precarias de vulnerabilidad. Las personas atravesadas por la experiencia del cáncer también lo están. La ética del cuidado tiene dos ejes que la sostienen: la experiencia de fragilidad, y el llamado a la responsabilidad. Las personas nos sentimos obligados a hacer ciertas cosas y a no hacer otras. Entre las cosas que la ética nos empuja a hacer es proteger a los más débiles del exterminio. La ética humana, en este sentido, es siempre una ética de la fragilidad. Los seres que en el proceso de selección natural estarían condenados al exterminio son objeto primordial de la ética humana. También aquellos que padecen una enfermedad tan grave y eclipsante como lo es el cáncer. La presencia de la precariedad y del sufrimiento en el ser humano reclama una ética de la fragilidad – Paul Ricoeur – o de la vulnerabilidad.

Para Ricoeur, la fragilidad proviene del hacernos cargo de la desproporción. Para este autor, la Bioética adquiere la perspectiva de la clínica y de la investigación. Ambas

comportan condiciones éticas. Para Ricoeur, el objeto de la Bioética es el curar y cuidar. En principio, la ética médica toma como objeto la relación médico-paciente caracterizada por el cuidado, y con ello, la confianza. Una de las características a señalar de esta bioética es que se trata de la aplicación, ya no es teórica, de una ética concreta, dirigida a un principio de justicia original que es el corazón de la ética. Ricoeur apunta la existencia de tres niveles:

Paul Ricoeur: Tres niveles en la ética

- Nivel Prudencial. Centro de la ética médica
- Nivel Deontológico. desarrollo del pacto de cuidados
- Nivel reflexivo. Reflexión deliberada entre la deontología y el pacto de cuidados

-Nivel prudencial. Es el centro de la ética médica. Este nivel refiere a las situaciones singulares, concretizada en lo personal, no apuntando tanto a situaciones generales.

Apunta a la práctica médica cotidiana donde se articula la relación particular entre tal médico concreto y tal paciente. El sustrato de esta relación es el sufrimiento del paciente, el cual pretende ser liberado con el auxilio del profesional sanitario, a través de las conversaciones y diálogo que se realizan entre ellos. Es en ese escenario donde Ricoeur indica que se “arma” el acto médico, situándose en el centro de la ética médica, y por ende, de la bioética.

El acto médico es el significante de la relación médico-paciente. Tiene el objeto de curar, a través de lo que Ricoeur dictamina como “pacto de cuidados basado en la confianza”. Esta relación está marcada por posiciones disimétricas, diferentes, entre los polos donde el paciente sufre y el médico sabe, pero en la medida en que hay un pacto de cuidados, esta distancia se reducirá, y se conseguirá el acercamiento. La secuencia es que el paciente relata sus malestares, donde se ubica el sufrimiento, donde articula la demanda

de curación; la parte que corresponde al médico es al diagnóstico a partir de su escucha y el protocolo terapéutico. Es el pacto de cuidados lo que permite la ligazón entre ambas partes; el paciente acepta el tratamiento y el médico sigue a partir de aquí a su paciente.

Hasta lo relatado parece de fácil seguimiento, si ambos están ubicados en el lado descrito. Pero existen dificultades que tienen que ver con las expectativas, sospechas y atención centrada de cada parte. El paciente puede articular una demanda excesiva sobre el facultativo, lo cual, seguro, que le resta eficacia al acto médico, y el médico puede perder de vista al sujeto que hay como paciente si centra más su atención a la técnica médica y a la salud pública.

Entonces, será cuando estemos llamados a qué hacer, cómo articular algo para que esta brecha no se formalice y se establezca y por tanto no separe la relación médico-paciente. Presentamos dos elementos sobre los cuales se puede intervenir: la singularidad de cada sujeto y tomar al sujeto como un todo compuesto desde los componentes orgánicos, psicológicos y espirituales. Estos dos elementos, a su vez, afectarán a un tercero a partir de la puesta en juego de los dos anteriores: se trata de la estima en sí mismo.

-Nivel deontológico. Ubicados en este nivel, el desarrollo del pacto de cuidados tiene como función:

-El centro del pacto de cuidados es la relación interpersonal. La tendencia será generalizar, podemos decir universalizar, esta relación. Tendrá la finalidad de salvaguardar lo recogido en este pacto, a través de la fórmula del secreto médico. Permite que la relación acceda a un nivel de justicia.

-Conexión. La figura de código deontológico médico es central en la medida en que aquello que obliga al médico se traduce en una garantía de derecho para el paciente; el Código regula la relación, entre deberes y derechos, de la relación médico-paciente. Por ejemplo, el deber de decir la verdad al enfermo repercutirá como derecho en el sujeto

que enferma. Se producirá entonces una conexión entre el secreto profesional y el deber de decir la verdad a través del código deontológico.

-El nivel deontológico facilitará la mediación y el arbitraje de los conflictos que se precipiten en el cuidado hacia la persona. Los conflictos emergen en los ámbitos de 1) La investigación médica, y 2) la articulación entre la perspectiva personal de la medicina y la de la salud pública.

1) Los intereses pueden ser contrapuestos. Al paciente lo anima lo personal en juego, su malestar orgánico y psicológico, y al estamento médico lo estimula lo científico, el desarrollo de la ciencia médica. Se precisa el consentimiento informado, importante para ambas partes, porque subraya la cuestión de la confianza, base para el pacto de cuidados.

2) El conflicto se centra entre lo individual y lo colectivo. Emergen paradojas en este conflicto:

A. El sufrimiento es privativo de cada cual, en cambio la salud es pública.

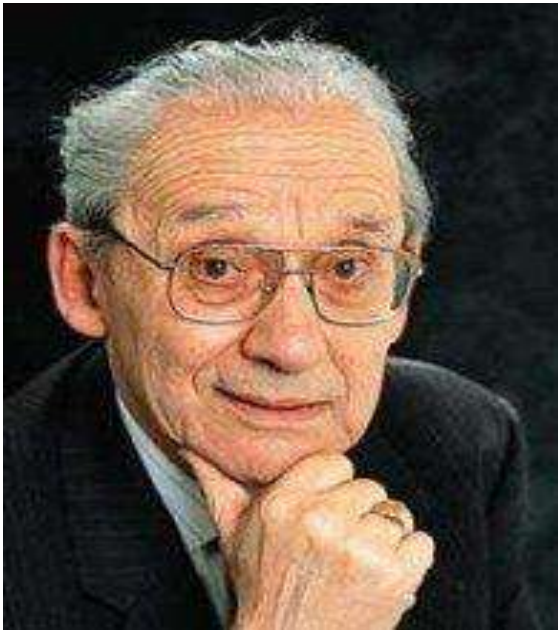
B. Los sujetos no son mercancías, sujetos a intercambios, pero la medicina cuesta dinero.

C. Los sujetos no son cosas, pero están inscritos en algo tan universal como la naturaleza.

El conflicto está en cómo salvaguardar lo individual y articularlo con la garantía pública de proveer de cuidados a todos, a partir de la solidaridad.

-Nivel reflexivo. En este nivel acontece una reflexión deliberada entre la deontología y el pacto de cuidados. Tiene una doble finalidad esta reflexión: legitimar la deontología y fundamentar las normas. Este nivel apunta a aquello que está ausente en los códigos. Se recogen una variedad múltiple de convicciones derivadas de las sociedades democráticas, que se mantienen gracias a un “consenso entrecruzado”, y, a la vez, con “desacuerdos razonables”, según postula Ricoeur.

La condición existencial para todo ser humano es la carencia desde el inicio de la vida. La falta será la constante para todo sujeto. A esta condición universal, añadimos otra postulación: la desigualdad que proviene de condiciones biológicas desfavorables que



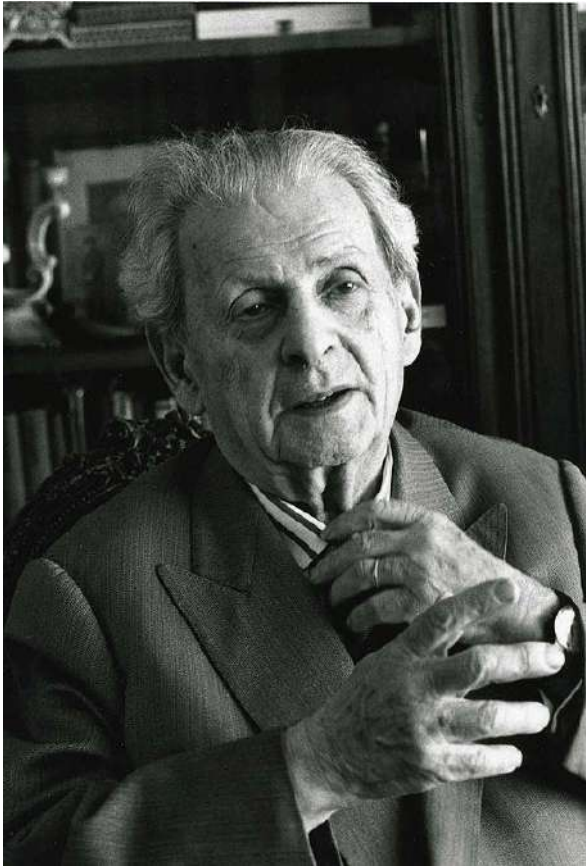
certifican un adicional de vulnerabilidad para aquellos que lo padecen. Esta situación convoca directamente a la responsabilidad.

J.L. Marion, próximo a Levinas, introduce el término “conminación” en “Prolegómenos a la caridad” señalando: “La conminación me hace descubrirme - sin que ninguna voz exterior me constriña al respecto- obligado a otro: yo me debo a ... , me corresponde tal cosa ... , me es obligado ... ; en el rostro del otro no leo la directa visibilidad del otro en

persona (...), sino su propio llamamiento a exponerme en él; exponerse al otro significa de entrada, lejos de toda sensibilidad visible, experimentar la responsabilidad ética por el otro”..... “la conminación me dirige hacia el otro para rendirle el reconocimiento de que él vale como un fin en sí, y no como un medio”.

Es por tanto una actitud, y una condición inicial para el acontecer de la praxis del cuidar. Levinas señalaría que dicha conminación le hace responsable del otro. Postula que se dirige a la búsqueda de una instancia que antecede. La conceptualización de Levinas señala un modo de hacer, ética, que se inscribe en lo relacional previo a depositarse en un tema concreto. Este lugar originario dispone que acogamos al otro sin más, sin ninguna necesidad previa de nada.

Uno de los autores que más han trabajado la cuestión de la responsabilidad es Hans Jonas (“Principio de la responsabilidad”). Postula la responsabilidad como imperativo. Para él, la responsabilidad consiste en cuidar al otro, otro en su máxima vulnerabilidad, pero inscribiendo ese cuidado como un deber (imperativo). Por tanto, este deber es el núcleo sobre el que debe de girar todo procedimiento ético. La indiferencia hacia el otro representa la presencia de la no responsabilidad.



Para Jonas la responsabilidad es algo que sustantiviza al hombre: “la responsabilidad es algo que pertenece tan indisolublemente al no ser del hombre como que éste es en general capaz de responsabilidad; tan indisociablemente, en efecto, como que el hombre es un ser que habla y por eso hay que incorporarlo a su definición”. En el ser está inscrito indefectiblemente este deber citado que le empuja a atender al otro en su condición de vulnerabilidad.

El cuidar es un deber, que no se puede reducir a un acercamiento a ese otro. Es un deber de carácter moral. Si aplicamos la circunstancia a que se produce una cercanía y lo tomamos como efecto central rebajamos la importancia del término responsabilidad.

Para Jonas, el cuidar al otro no es una elección escogida de entre muchas otras, sino que como hemos indicado, es un imperativo, una conminación al decir de Marion y de Levinas. Este autor, igualmente, señala que la responsabilidad ante el otro antecede a la

libertad; es más, si no hay responsabilidad no hay libertad. Con el cuidado al otro, se produce, además, el reconocimiento del otro en su diferencia y dignidad.

Deliberación moral y comunicación terapéutica

Argumentaremos que una de las características y habilidades del psicooncólogo es la de ser un especialista en comunicación terapéutica. La comunicación misma puede ser un instrumento que se ponga al servicio de la ética, y más concretamente para favorecer la deliberación, que no es otra cosa que un acto. Este conlleva la reflexión sobre los beneficios y desventajas acerca de alguna decisión a tomar, las razones que llevan a ello y el por qué. Es decir que, si como psicooncólogo pretendemos auxiliar para que un sujeto enfermo pueda adoptar deliberaciones en su toma de decisiones, entonces debemos apoyarnos en el proceso de comunicación; y si este no tiene una forma y calidad determinada, el apoyo ético hacia la deliberación será en vano, esto es, no será operativo.

Diego Gracia Guillén define la deliberación moral como: “el proceso de ponderación de factores que intervienen en un acto o situación concretos a fin de buscar la solución óptima, o cuando esto no es posible, la menos lesiva (...) Se delibera sobre lo que permite diferentes cursos de acción, en orden a buscar el más adecuado”.

La tarea del psicooncólogo será poner su saber a disposición de que el paciente encuentre la diferencia entre lo que proviene en sus deliberaciones del monto emocional o de la razón o de sus valores con el objeto de que pueda hacerse cargo de ello, tomar conciencia, con la finalidad de que revierta en la propia deliberación.

La deliberación como acto puede articularse en dos ámbitos. Uno de ellos, dentro del propio equipo multidisciplinar, o en un Comité de bioética en la discusión de un caso clínico. Este tipo de deliberación adquiere el nombre de deliberación in Vitro.

El segundo ámbito se debe a la clínica psicológica oncológica en sí, que es la interacción con el paciente y familia. Este tipo de deliberación se denomina in vivo.

En dichos ámbitos será donde podremos desplegar los instrumentos para la comunicación, donde se inscribirán dentro de lo que se denomina el counselling. Se trata de una articulación entre habilidades, conocimientos y actitudes. Para ello será importante manejar elementos, dentro de las actitudes, como la empatía, la veracidad y la aceptación incondicional.

A continuación, señalamos elementos que participan de las condiciones para una deliberación:

- o Reconocimiento del otro con la característica de igualdad moral. Se acepta al otro sin que intervenga el contenido del discurso que pueda expresar.
- o El otro como diferente constituye algo que no es definible a simple vista o por lo que percibimos de inicio. El otro es una oportunidad en cuanto nos dará cosas que en principio no son imaginables; nos proporcionará más de lo que en un principio creemos.
- o Aceptación del discurso del otro. Posibilidad de aprendizaje del mismo.
- o La relación con el otro en la medida en que entre-dos se puede indagar y buscar la verdad sobre algo, diferente a la comunicación única en una sola dirección.
- o Al estar abierto al otro, tomamos distancia del dogma puesto que nuestros principios estarán sujetos a transformaciones.
- o En la relación con el otro, puede precipitarse nuestro mundo afectivo que impida, ponga obstáculos a recoger el discurso, también emocional, del paciente, o el reconocimiento de los propios mecanismos de defensa.
- o Conocimiento de nuestro mundo emocional para poder manejarlo adecuadamente en el mundo relacional y comunicativo con el paciente.

- o La relatividad en las afirmaciones y en las posibilidades es elemento común en nuestra relación profesional.
- o En situaciones de complejidad, debemos de poner en juego la prudencia, y la lentitud posible en cuanto a las decisiones a tomar para poder implicarlas de racionalidad.
- o En las deliberaciones, marcar la diferencia entre razón, valores y emociones
- o La agresión hacia el paciente se puede dar al rechazar parte del mundo que lo conforma.
- o Garantía de continuación de soporte para con el paciente, a pesar de que las deliberaciones no coincidan con las del propio psicooncólogo. Este seguimiento de apoyo también estará en la derivación a otros psicooncólogos del equipo.
- o Si el psicooncólogo acepta el modelo deliberativo como estructura de relación y de trabajo estará apartando en su relación con el paciente a la persuasión, manipulación, agresividad e inhibición.

Bibliografía

- Abdusalen G. La regla de oro de la moral. Editorial Progreso, Moscú 1990
- Ajemian, J. The interdisciplinary team. En Doyle D., Hanks WC, MacDonald D, editores. Oxford textbook of paliative medicine. Oxford University Press, Oxford 1998.
- Aristóteles. Ética a Nicómaco. Instituto de Estudios Políticos, Madrid 1970.
- Barbero, J. Del ser al deber ser: experiencia de sufrimiento y responsabilidad moral en el ámbito clínico. En; Ferrer JJ Martínez, Martínez JL. Ediciones Bioética: un diálogo plural. Upco, Madrid 2002.
- Bayés, R. Psicología del sufrimiento y de la muerte. Martínez Roca, Bcn 2001
- Bayés R, Barreto P. Las unidades de cuidados paliativos como ejemplo de interdisciplinariedad. Clínica y Salud, 2002.
- Beauchamp, TL, Childress JF. Principios de ética Biomédica. Masson, Bcn 1999.
- De los Reyes, M., Pérez Gómez JM, García Olmos, P., Borrell, F., Gracia, D. Relaciones entre profesionales sanitarios. Med Clin, Bcn 2001.
- Dreyfus H. Husserl, Heidegger y el existencialismo moderno. En: Magee B. Los grandes filósofos. Cátedra; Madrid 1995.
- Eco U. De la responsabilidad moral como producto tecnológico: diario mínimo. Península, Bcn 1973.
- Emanuel EJ, Emanuel LL. Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En Couceiro A, editor. Bioética para clínicos. Triacastela, Madrid 1999.
- Engel F. Anti-Dühring. Editora Política, La Habana 1963.
- Engelhardt, HT. Los fundamentos de la bioética. Paidós, Bcn 1995.
- Frankl, V. El hombre en busca de sentido. Herder, Bcn 1986.
- Gracia, D. Fundamentos de bioética. Eudema Universidad, Madrid 1989.
- Gracia, D. Ética de la fragilidad. En Bioética clínica. El Búho, Bogotá, 1998.
- Gracia, D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Med. Clin, Bcn 2001.

- Habermas J. Ciencia y técnica como “ideología”. Tecnos, Madrid 1994.
- Hottois G. El paradigma bioético: una ética para la tecnociencia. Anthropos, Bcn 1991.
- Jonas H. El Principio de Responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica. Herder, Bcn 1995.
- Jonas H. Técnica, Medicina y ética. Paidós Ibérica, Bcn 1996.
- Martínez, P. Qué informar al paciente con cáncer. Rev. Cubana Oncología 1993.
- Morin E. El Método: la vida de la vida. Cátedra, Madrid 1983.
- Outomuro, D. Manual de Fundamentos de Bioética. Magíster Eos, Bs As 2004.
- Pellegrino, E.D., Thomasma DC. The virtues in medical practice. Oxford University Press, New York 1994.
- Rehrauer, St. Psicología de la responsabilidad. Moralia 2000.
- Schnaper, N. Aspectos psico-sociales del tratamiento del canceroso. Clínicas Médicas de Norteamérica. Interamericana, México 1977.
- Scheler, M. Prdo Amoris. Caparrós, Madrid 1996.
- Schipperges, H. La Medicina en el medioevo árabe. En Historia Universal de la Medicina. Salvat Editores, Bcn 1972.
- Sgreccia, E. Aspectos Eticos de la Asistencia al Paciente Moribundo. Manual de Bioética. Editorial Diana, México 1994.
- Simon, P, Rodríguez, JJ, Martínez Maroto, A, López Pisa R.M., Júdez, J. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones. Med Clin, Bcn 2001.
- Taboada, P. Ética clínica. Principios básicos y modelo de análisis. Rev. Chilena 1998.
- Urbón, MG. Consideraciones sobre los fundamentos de la Ética Clínica. Rev. Cuadernos Bioética 1998.
- Urraca Martínez, S. Actitudes y comportamientos ante el sufrimiento. Psicología del sufrimiento. Labor hospitalaria, 1995.

Cuestiones

1. Cuando podremos indicar que una persona sufre.
2. Indica el principio de autonomía y de justicia.
3. Señala en qué cuestiones puede ser fundamental la participación de psicooncólogo.
4. Modelos de relación terapéutica. El modelo deliberativo.
5. Háblanos de los dos ejes que sostienen la “ética del cuidado”.
6. Qué es para Jonas “Responsabilizarse”, y para Levinas “La conminación”.
7. Realiza un comentario personal sobre el tema tratado.