

Sufrimiento y muerte en un paciente terminal

Suffering and death in a terminal patient

Carlos Celedón L¹.

RESUMEN

El paciente terminal amerita no ser abandonado por parte del médico tratante. Cuando termina la posibilidad de un tratamiento curativo debe estar disponible sea para un tratamiento paliativo, sintomático o bien acompañarlo hasta su muerte. Se analiza el concepto de persona, paciente terminal, sufrimiento y la actitud tanto del paciente como del médico frente a la etapa final de la vida.

Palabras clave: Paciente terminal; conducta médica.

ABSTRACT

The terminally ill patient deserves not to be abandoned by the physician. During the off chance of a cure should be available as a palliative treatment, for symptomatic or accompany him to his death. It analyzes the concept of person, terminal patient, suffering and the attitude of both patient and physician compared to the final stage of life.

Key word: Terminal patient, medical conduct.

INTRODUCCIÓN

El enfermo terminal es aquel, cuyo destino, dado su diagnóstico, evolución y falta de respuesta positiva al tratamiento es, con seguridad casi absoluta, la muerte. Entre ellos se distinguen: a) aquellos que padecen junto al deterioro incesante del soma, el hundimiento progresivo de la mente, como ocurre en la enfermedad de Alzheimer y en la esclerosis múltiple, y b) los que llegan lúcidos y concientes de

su situación hasta el último momento o sus cercanías¹. En los primeros el deterioro de su mente los lleva a no tener conciencia de su estado terminal y la muerte les es algo ajeno. No pasa lo mismo con aquellos enfermos que llegan lúcidos a la cercanía de la muerte. En éstos, la toma de conciencia de su situación, les produce miedo al dolor y a la muerte.

El dolor agudo, ejemplo una otalgia, a lo más llevará al paciente a una reflexión sobre el cuerpo (vías nerviosas que producen el dolor). En cambio

¹ Hospital Clínico Universidad de Chile.

en el dolor crónico, sobre todo si éste se da en un paciente terminal, el sujeto se enfrenta necesariamente a una reflexión sobre su ser y este dolor se enlaza con el sufrimiento moral y los valores espirituales del hombre. El médico al enfrentarse a un paciente con dolor crónico, no se enfrenta sólo a un problema somático, sino que también a un problema ético, psíquico, espiritual y religioso. Este paciente con dolor crónico debe ser encarado en toda su dimensión y no sólo desde un punto de vista físico. El sufrimiento tiene que ver con la esfera espiritual, es subjetivo, lleva a un planteamiento existencial del hombre e invita a reflexionar sobre él.

El dolor y el sufrimiento son indispensables para madurar. La sociedad actual, al menos la occidental, no está hecha para sufrir. La cultura de lo "light"², lleva a la sociedad a hechos negativos:

- a) El prevenir y evitar a toda costa el dolor y el sufrimiento por lo general alimenta la cultura del analgésico, del ansiolítico, del alcohol y de la droga.
- b) Los bienes y los valores para ser alcanzados requieren de una cuota de dolor y sufrimiento. Este sacrificio por alcanzar algunas metas por lo general se festina y se ridiculiza. No hay espacio para lo heroico ni para lo santo, ya que esto conlleva renuncia personal.
- c) La no aceptación del dolor y el sufrimiento lleva a una suerte de miopía espiritual. No entiendo al prójimo que sufre y como consecuencia me alejo de él. Si no tengo la experiencia del sufrimiento me es muy difícil entender al que sufre. En el dolor nacemos y en placer nos gastamos, diría Ortega y Gasset.
- d) La no aceptación del dolor y el sufrimiento lleva al hombre a huir del amor. Este amor en su itinerario de crecimiento y de ascenso humano, conlleva espacios de sufrimiento mayores y menores que por lo general no se está dispuesto a asumir. Es necesaria una constante renuncia personal por el otro y para el otro, si se quiere crecer en el amor.
- e) Se huye de la soledad porque ésta lleva a la reflexión y la meditación. Se prefiere no enfrentarse a sí mismo, ya que esto muchas veces lleva a cuestionarse y por ende a sufrir.
- f) Al huir casi instintivamente del dolor y el sufrimiento, verdaderos hitos y anticipación de la muerte, no se acepta a ésta como realidad última del hombre. Tenemos miedo a la muerte ya que con ésta se termina nuestra existencia hedonista³.

Se entrelaza el dolor físico crónico con el sufrimiento moral. Este último, lleva al sufrimiento espiritual el cual no hay que confundirlo con el sufrimiento psíquico. El sufrimiento espiritual dice relación con el ámbito de la trascendencia, del sentido último de la vida, de la relación con los valores, de la conciencia moral y de la relación con Dios. El sufrimiento psíquico dice relación con la salud mental. Victor Frank se preocupa de no sacar la fuente del sufrimiento, sino en darle sentido, única manera que no me destruya (logoterapia)⁴. Por otro lado K. Lewis toma el dolor en sentido positivo. El problema del hombre no es sufrir, sino que hace con el sufrimiento, ya que si lo enfrente en forma positiva es fuente de crecimiento⁵. Al ser humano, sin buscarlo, le llega el sufrimiento y frente a él le caben dos posibilidades; o se hunde con él o saca lecciones de él. Es más sano y acorde con la vida buena que nos habla Aristóteles, transitar por el segundo camino.

A lo menos en el mundo occidental existe terror a la muerte. Culturalmente no estamos preparados para enfrentarla. Le hacemos el quite. "La muerte no es lo que convierte a la vida en una pasión inútil, como decía Sartre y la mayor parte de los hombres de nuestro tiempo; sino quizás, como lo acabamos de decir, lo que le otorga su plenitud de sentido; así lo prueba además la vida de los animales, que tal vez por no tener conciencia de la muerte, transcurre siempre igual a lo largo de miles de generaciones sin alcanzar dramatismo alguno, sin convertirse jamás de temporal en histórica"⁶.

El progreso científico y su aplicación práctica la tecnología, ha invadido la cultura y lleva al hombre a perder el sentido de su propia identidad. Solo, el desarrollo de la ciencia y de la tecnología, no dan sentido a la vida.

La concepción de la vida como un relato de un proyecto vital que se enmarca en el tiempo, siempre de carácter individual y con la intencionalidad

de originalidad; induciría a plantear que en el acto de morir, cuando se da en conciencia clara, debería expresarse esa presunta originalidad de cada proyecto y una especial vivencia de la muerte. La muerte es por lo tanto, la finitud del hacer de todo proyecto, cualquiera sea su intención, no importando el contenido material de dicho proyecto, sino su condición de posibilidad quebrado por la muerte⁷.

En uno de los ámbitos en que más se nota es como el uso descontrolado de la tecnología en la medicina y que lleva a la “deshumanización”; es en el concepto de la muerte y las condiciones biológicas que se relacionan con ella: Paciente terminal, existencia de un límite al tratamiento curativo, la importancia del tratamiento paliativo y del buen morir. La cultura actual se caracteriza por un lado en la aplicación sin límite de la tecnología, lo cual lleva a olvidar los conceptos de sacralidad y el de calidad de vida, y por el otro lado la exaltación de la “autonomía” haciendo surgir entre otras el suicidio, suicidio asistido, y la eutanasia activa⁷.

En general en la sociedad actual y en la medicina en particular, la exaltación del principio de la autonomía por sobre los principios de beneficencia, no maleficencia y de justicia; lleva a manejarse en el ámbito de los hechos y no de los valores. La pérdida de las certezas, la violenta irrupción de la tecnología, la velocidad de cambio de ella, el gran pluralismo ideológico y la pérdida de la metafísica en los años 40; ha reforzado la visión materialista de la vida. En efecto, esta visión materialista, considera a la muerte como la condición última de la existencia humana, quedando esta última reducida exclusivamente a elementos inorgánicos y condenada a participar nuevamente en los múltiples procesos asociativos cósmicos. A mi entender con esta visión es fácil caer en un escepticismo y en el cual el hombre pierde su rumbo, no tiene puntos de referencias claros, tiene un “desconcierto vital”, apareciendo una clara disminución en la valoración de los actos morales en cuanto tales⁷.

EL PACIENTE FRENTE AL SUFRIMIENTO Y LA MUERTE

En el paciente en el cual no cabe la posibilidad de curación existen diferentes estadios que tienen

significación diferentes en cuanto al auxilio que se puede prestar a él.

- a) Enfermedad incurable avanzada: Evoluciona hacia la muerte en mediano plazo. Se produce un deterioro gradual en lo somático y psíquico, con respuesta variable al tratamiento específico. Su autonomía se pierde lentamente y va a la muerte en mediano plazo. Este tipo de paciente tiene, por lo general, plena conciencia.
- b) Enfermedad terminal: Acentuación de los síntomas de agravamiento de su situación con respuesta nula al tratamiento y grave impacto emocional. Muerte en mediano plazo.
- c) Situación de agonía: Precede a la muerte cuando ésta es gradual, deterioro físico intenso con debilidad extrema, alta frecuencia con trastorno cognitivo y de la conciencia, dificultad en la ingesta de alimentos. La muerte se produce en días u horas⁸.

Esta diferenciación tiene importancia ya que no es lo mismo un cuidado paliativo en el cual se trata el sufrimiento, en un paciente con conciencia o sin ella. En el primero sería recomendable sedar para evitar la angustia en cambio en el segundo caso, no.

La conducta del paciente frente a la muerte ha sido estudiada por la psiquiatra E. Kubler-Ross. En su libro “La muerte y los moribundos”, describe las etapas que aparecen en el proceso de la muerte. Estas etapas están presentes y bien definidas en un gran porcentaje de pacientes y en algunos casos se superponen unas con otras o bien hay un predominio de algunas de ellas. Estas etapas son:

- a) De negación y de aislamiento. Frente a la sospecha de la presencia de la muerte inminente, el paciente reacciona con total negación del hecho y se aísla de las personas que le podrían entregar información cierta de la veracidad de este hecho.
- b) Aparición de ira, resentimiento y envidia en relación al mundo no afectado con su realidad de moribundo. ¿Por qué a mí y no a otro?
- c) Intento de especial pacto de alianza con su médico o con las personas que lo asisten. Esta alianza también se produce con sus creencias fundamentales: “DIOS”. ¡Te prometo que si salgo de ésta, haré tal o cual cosa!

- d) Depresión con el riesgo de suicidio si sus condiciones físicas se lo permiten.
- e) Aceptación de la muerte no como una resignación sino como un enfrentamiento a ella como una realidad de la vida⁷.

Aparte del sufrimiento propio de la enfermedad, el enfrentamiento a la muerte produce angustia, sea el paciente creyente o no. Frente a la muerte existe una incertidumbre que acrecienta el dolor en la etapa final de la vida. Evidentemente hay personas muy religiosas y de mucha fe que mueren en paz sin la incertidumbre de un más allá e incluso soportando el sufrimiento con un sentido religioso y de trascendencia sobrenatural.

EL MÉDICO FRENTE AL SUFRIMIENTO Y LA MUERTE DE SU PACIENTE ¿QUÉ ES SER PERSONA?

La medicina tiene como función central la salud del "Hombre" y si bien el contacto inmediato del médico es con la corporalidad del paciente, no le es posible hacer abstracción de su libertad y responsabilidad. Cada médico sabe intuitivamente que tratando la psiquis o el cuerpo del enfermo, trata en realidad a su "PERSONA"; el cuerpo del paciente no es un "objeto" sino un "sujeto".

El médico trabaja con y para una "PERSONA" y por esto mismo hace investigación clínica. El problema de fondo es: ¿qué es una "PERSONA"? La palabra Persona viene de per-sonare, que significa sonar fuerte, hacerse escuchar.

En general se podría decir que existen tres concepciones diversas de la corporalidad, lo cual implica concepciones antropológicas y éticas diferentes.

La primera de ella es la concepción "dualista" cuyo principal exponente es Platón de la antigua Grecia. Para él, el alma y el cuerpo están unidos sólo accidentalmente. El alma es lo divino y eterno, en cambio el cuerpo es el principal obstáculo para alcanzar niveles superiores de conocimiento y trascendencia. El cuerpo sería un estorbo por lo que es recomendable sustraerse de él. Platón encuadra la moral en una concepción organicista de un estado

absoluto y llega a justificar la eutanasia del paciente gravemente enfermo^{9,10}.

La segunda concepción es la monista cuyo máximo exponente es Marx y posteriormente los neomarxistas como Sartre y Marcuse que someten el cuerpo a la especie y a la sociedad. El cuerpo agota la totalidad del hombre y de su experiencia. Lo que tengo dentro de mí o lo que adquiero por la experiencia, sólo se reduce a la corporalidad⁹.

La tercera concepción es la personalista, la cual establece el concepto de "PERSONA". El primero en esbozar el concepto de "PERSONA", aunque sin definirlo, es Aristóteles. El supera el concepto dualista de Platón y plantea que "el alma es forma sustancial del cuerpo lo cual quiere decir que el cuerpo es humano en todas sus partes en cuanto está informado por el alma, constituyéndose así una única sustancia^{9,10}. He aquí la primera aproximación al concepto de PERSONA: no se puede separar lo somático de lo racional-espiritual, ambos son una misma cosa. Uno de los primeros que desarrolla plenamente el concepto de "PERSONA" es San Agustín, pero es Boecio quien la define plenamente como "sustancia individual de naturaleza racional". Una mayor valoración de todo el individuo, tanto su corporalidad y su espiritualidad, es dada posteriormente por Juan Damasceno: "Persona es aquello que, expresándose a sí mismo por medio de sus operaciones y propiedades, da de sí una manifestación que lo distingue de los otros de igual naturaleza"¹. Para Santo Tomás de Aquino el cuerpo es humano, porque está animado por el alma espiritual mediante la cual conocemos y somos libres. Afirma que llamamos "PERSONA" a todo individuo de naturaleza racional y que tiene libertad para decidir sus propios actos y ejercerlos; para lo cual es fundamental el conocimiento y la voluntad⁹. Decir "PERSONA" es afirmar que el hombre trasciende el mero ser individual de una especie. Hablar de "PERSONA" es referirse a la totalidad del "ser humano"; y por lo tanto no solo a su capacidad de pensamiento (racionalidad) sino que también a su libertad y sus aspectos psicológicos y corpóreos todo lo cual es la expresión del espíritu encarnado en el cuerpo lo que constituyen el "Hombre"⁹.

Es este concepto de persona lo que le da dignidad a la especie humana y lo que la hace

diferente de otras especies. El hombre es un fin en sí mismo y nunca debe ser considerado como un medio¹¹. Cuando se afirma que el hombre es digno porque es persona, hace a éste de un valor tan elevado que debe aspirar siempre a lo mejor por antonomasia. Por esta razón, la ética aspira a un "deber ser"; porque intenta siempre proveer al hombre tanto en su conducta, como en sus conceptos, con lo mejor. Este valor de la persona humana, es común para todos, de manera que no existen privilegios dado que todos los hombres son iguales, independiente de su ideología, raza, religión o posición social¹².

Aceptar que el paciente está próximo a la muerte, no implica abandonarlo. Por el contrario, amerita una asistencia clínica basada no en una terapia curativa, ya que puede llevar a un ensañamiento terapéutico; sino en un apoyo psicológico, espiritual e incluso religioso. Es entender que el dolor en su aspecto subjetivo, el sufrimiento, forma parte de la vida humana.

El embotamiento *ex professo* de la conciencia con el uso de sedación en un paciente que sufre, salvo quizás en la agonía, es atentatoria con el concepto de PERSONA y por ende de su DIGNIDAD. Al abolir la conciencia se está aboliendo también la racionalidad y la libertad de dicho paciente. En otras palabras se debe tener claro que no sólo se atenta contra el principio ético de autonomía sino que también del sentido más trascendente del ser humano como son su libertad y racionalidad. La dignidad reside en el ser y no en la tecnología, ni en la máquina, ni en la aplicación sistemática de protocolos sean médicos o éticos.

Los principios éticos de autonomía; beneficencia; no maleficencia y de justicia son medios y no fines en sí mismo. Estos principios están pensados para servir a "todo el hombre, es decir, en su dimensión racional, libertaria, psicológica, espiritual e incluso religiosa". En otras palabras, tratarlo como PERSONA¹³.

Frente a un paciente en estado terminal, el médico debe privilegiar en todo momento el principio de beneficencia el cual se va a expresar en comprensión cercana, acogida y contención emocional; también impedir que caiga en depresión y si cae de todas maneras, establecer una

comunicación real y espontánea a la altura intelectual y emocional del paciente y procurar que en sus últimos actos se realicen sus ideales de vida. Hacerle comprender, al paciente, que toda vida para merecer el carácter de tal y especialmente de vida buena, implica incorporar esos momentos finales, los cuales pueden en muchos casos ser los más trascendentes dentro de su existencia. Un minuto de recogimiento sólo o acompañado; pueden ser más significativos que años de obstinación en el desarrollo de proyectos ya pretéritos⁷.

El médico representa el saber especializado con respecto a la muerte. En su actitud debe manifestarse con la máxima expresión, la beneficencia, la cual implicará la correcta excelencia del saber y asumir que la muerte no es un fracaso dentro de la escalada del éxito profesional, sino una parte de la misma profesión, cuya correcta actitud lo convertirá en el que reconozca la dignidad del acto de morir aplicando la acogida y el cuidado en vez de la activa curación de la enfermedad causal del desenlace. Su tarea no termina con el cese de la terapia curativa, sino que a él le corresponde el diagnóstico de la muerte y la comunicación de esta a los acompañantes⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. ROA A. *Ética y Bioética*. Editorial A. Bello 1978. Cap. 24 El Enfermo Terminal y la Muerte. Pág. 238-50.
2. ROJAS E. El hombre light: una vida sin valores. *Ediciones Temas de Hoy*. 13-16; 1994.
3. LÓPEZ MORENO JM. Dolores cráneo faciales enfoque clínico multidisciplinario. 41-48. Ed. Velásquez Alcaino EM y Mast Schälchli L. *El dolor y el sufrimiento*. Dolmen Ediciones S.A. 2000.
4. FRANK V. *El hombre en busca de sentido*. Ed. Herder, 1989; 11-84.
5. LEWIS CS. *El problema del dolor*. Ed. Universitaria, 1990. 92-113.
6. ROA A. La Responsabilidad del Médico. En: *Ética y humanidad en la medicina actual: reflexiones bioéticas*. Editores Correa E, Echeverría C y Rojas A. 153-86; Editorial Universitaria 1993.

7. PÉREZ M. Cap. Muerte. En: Escribar WA, Pérez M, Villarroel R. *Bioética: Fundamentos y Dimensión Práctica*. Ed. Mediterráneo 2008; págs.354-61.
8. ORTIZ PA. Cuidado y sedación en el enfermo terminal. Clase en diplomado de bioética clínica. Departamento de Bioética y Humanidades Médica. Facultad de Medicina U. de Chile.
9. AGUILERA PABLO. En *La Frontera Vida/Muerte. Problemas Bioéticos*. Editorial Universitaria. Colección: El Saber y La Cultura 1990.
10. GIANNINI HUMBERTO. Breve Historia de la Filosofía. Editorial Universitaria, 1985. Colección: *El Saber y la Cultura*.
11. CELEDÓN CARLOS. Editorial: Concepto de Persona en la Investigación Clínica. *Rev Otorrinolaringol Cir Cab-Cue* 2002; 62: 101-2.
12. ZAMORANO R. Ética en el cuidado del paciente grave terminal. *Rev Cubana Salud Pública* 2006; 32(4): 1-9.
13. CELEDÓN C. Ética de la Medicina Gestionada. *Rev Otorrinolaringol Cir Cab-Cue* 2009; 69: 37-40.

Dirección: Carlos Celedón L.
Luis Thayer Ojeda 0115 of. 705 Providencia. Santiago de Chile
E mail: celedonl@mi.cl