

*Clinica*  
*Quirúrgica*

*María del Pilar Castro Pérez*

*Ensayo "Tanatología"*

*U D S*

Las relaciones entre los profesionales de la salud y los enfermos se basan, cada vez con mayor frecuencia, en el consentimiento informado sobre exámenes y tratamientos. La Tanatología es una disciplina científica que se encarga del estudio de la muerte y sus procesos, las diferentes etapas que debemos de atravesar para sobrellevar el duelo. Pero es más que solo el estudio de la muerte; es el estudio y aplicación del cuidado ante el dolor que causa o conlleva la muerte; así como la atención profesional ante una pérdida significativa durante la vida ya sea material o de salud esto propiamente dicho, ante una enfermedad terminal. Es importante mencionar que la Tanatología y su aplicación no solo ven al individuo como un paciente biológicamente dicho; lo ven como un todo lleno de espiritualidad, religiosidad, lleno de culturas propias y costumbres diversas. Como bien sabemos la muerte es un proceso fisiológico y natural que tenemos que pasar todos los seres vivos; sin embargo, nos es difícil entender estos procesos cuando los vivimos, es común experimentar sentimientos encontrados y que en la mayoría de los casos no sabemos cómo manejarlos.

Durante muchos siglos la medicina se ha ejercido de forma paternalista. El médico tomaba las decisiones en beneficio del enfermo. El enfermo era un buen enfermo en la medida que seguía las indicaciones del médico y uno malo si no las seguía. El médico tomaba todas las decisiones, sin discutir las con el enfermo y sólo comentaba con él las órdenes médicas (las órdenes no se discuten, del mismo modo que no se discuten las prescripciones) para asegurarse de que se habían entendido. El paciente no entendía, ni quería entender, nada de lo que tenía ni si había alternativas al tratamiento. Tenía confianza absoluta no tanto en lo que le dijera el médico, que en realidad le decía casi nada, sino en que el médico haría todo lo posible por curarle. En estas condiciones el médico gozaba de una posición de autoridad importante que no tenía que justificar.

El momento en el que se diagnostica una enfermedad incurable y de pronóstico sombrío, supone una de las crisis más importantes para cualquier persona y comunicárselo al paciente, uno de los retos más difíciles para los profesionales de la salud. No solamente existe la obligación (salvo excepciones) de informar al

enfermo de su situación, sino que además la experiencia nos demuestra diariamente que el enfermo afronta mejor el final de su vida si él, sus familiares y los profesionales que le cuidan comparten un grado de información similar. Para los médicos, el hecho de dar a un enfermo tan mala noticia supone también un duro golpe y constituye uno de los actos más difíciles en el ejercicio de la Medicina. Y hay que aprender a hacerlo bien porque tan malo es mentir como suministrar una información brutal. El texto está escrito con un lenguaje sencillo, con múltiples ejemplos y apoyado con poesías, que ayudan mucho a comprender el texto. En gran medida la evolución va a depender mucho de lo que se le diga al enfermo y de cómo se le diga.

El médico es, habitualmente, quien aporta un porcentaje más elevado a la hora de la decisión sobre el qué se dice y el cómo se dice. Y ello por una razón bien simple: el médico es quien primero conoce el diagnóstico y quien está profesionalmente capacitado para poder aventurar un pronóstico. Por otra parte, cada médico tiene su propia filosofía al respecto, su propio sistema de creencias, su experiencia acumulada y, en muchos casos, subconscientemente manejada.

Por lo tanto, el médico teme, igual que el enfermo, las malas noticias, en parte por las mismas razones que éste y en parte a causa de ciertos aspectos de su formación profesional. El médico puede tener miedo a dar una mala noticia al enfermo porque no ha recibido ninguna formación en la materia. El estudiante es adiestrado para actuar según protocolos basados en una gran cantidad de experiencias clínicas. Ante un coma diabético o una parada cardiorrespiratoria, por ejemplo, sabe muy bien lo que hay que hacer, los pasos que hay que seguir. Por eso, tratándose de una enfermedad curable, la sociedad (incluida la microsociedad de los profesionales de la salud), exige un trabajo hecho según normas (los célebres protocolos). Normas que autorizan una cierta satisfacción en caso de éxito y, en caso contrario, el sentimiento tranquilizador de que ninguna otra persona podría haberlo hecho mejor. Sin embargo, hay asuntos que no pueden reducirse a un procedimiento de este tipo (por ejemplo, la comunicación personal con el enfermo). Y estos aspectos de la asistencia deberían estudiarse y aprenderse en las universidades.

Lamentablemente, en los tiempos que corren, los profesionales no reciben durante su etapa de formación en las facultades y escuelas universitarias ningún adiestramiento en este sentido. Nuestras facultades de medicina consideran cumplida su misión si logran hacer del estudiante un buen técnico. Resulta inútil intentar encontrar en los libros de texto de medicina o cirugía escritos en España, e incorporados a nuestros centros de enseñanza, cualquier tipo de orientación, bien teórica o doctrinal, bien basada en la propia experiencia de sus autores (de nuestros catedráticos y profesores), que pueda servir como norma de conducta o como guía de referencia. Parece como si estos aspectos de nuestra relación con el enfermo en cuanto persona humana, de nuestra comunicación con él, y no digamos de todo lo referente al tema de cómo plantearle un diagnóstico mortal, rebasaran el campo de la Medicina y quedaran relegados a lo que, no siempre con el respeto debido, suele ser calificado como tarea para los humanistas. Se establece en la práctica una separación que sitúa en un campo lo técnico-científico y en el otro los valores humanos, sin apenas dejar margen para alguno que otro solitario que sea puente entre ambos.

Sin embargo, nosotros podemos y debemos tener confianza en la capacidad de respuesta de nuestros enfermos frente a esta situación si, respondiendo honestamente a sus preguntas, les sabemos transmitir la seguridad de que nunca serán abandonados, si no les decimos “no se puede hacer nada por usted”, lo que arroja a los enfermos a un abismo de desesperanza. Varios estudios confirman el hecho de que se hace más daño callando la información que comunicándola. 62 Los pacientes que sienten que no se les ha dicho suficiente, a menudo sufren un sentimiento de inseguridad debido no tanto a la limitación respecto a su diagnóstico preciso o respecto al pronóstico a largo plazo, cuanto a lo que perciben como falta de interés profesional con respecto a su proceso, falta de atención médica adecuada y mantenida, falta de información respecto a lo que les puede suceder en un futuro inmediato.

Gran parte de las demandas por negligencia son debidas en realidad a quejas sobre una mala información. Hay médicos que no escuchan al enfermo, que no explican

de forma asequible el diagnóstico, el tratamiento, los riesgos y las secuelas que este último puede producir. Hay que buscar el modo de restablecer la comunicación entre el médico y el paciente, de manera que se desdramatice todo lo que supone una demanda civil.

Con el aumento tecnológico de las opciones terapéuticas, el médico ha dejado de utilizar la palabra (comunicación verbal), sus manos (comunicación no verbal) y su humanidad (empatía) en la relación con el enfermo, disminuyendo así su capacidad para sanar o aliviar. Efectivamente, muchas veces el médico establece una excesiva distancia emocional con su enfermo, centrándose y ocupándose exclusivamente de los aspectos físicos de la enfermedad. Esta actitud del médico bloquea en gran medida su capacidad terapéutica, entre otras cosas por dejar al paciente a solas con su problema. No tiene posibilidades de reconocer y encarar lo más grave del enfermo.

La decisión de callarse el diagnóstico no hace desaparecer la enfermedad. Es ésta y no la desagradable experiencia de ser informado lo que va a consternar al enfermo. Una persona, que descubre que su médico había preferido ocultarle una información capital, reaccionará probablemente peor que aquél que conoce y sabe su situación en su momento. Cuando se trata de un paciente cuyo estado se va agravando, el médico se encuentra ante una alternativa bien distinta: decir la verdad, aun conmoviendo al enfermo con el fin de prepararle para afrontar su condición, o bien disimulársela, en cuyo caso cuando llegue el choque, que llegará, será más brutal para él.

En conclusión, Comunicar malas noticias es una de las tareas más difíciles que deben enfrentar los médicos, a pesar de lo cual ha sido considerada como una competencia menor. Podemos definir la mala noticia como aquella que drásticamente y negativamente altera la propia perspectiva del paciente en relación con su futuro. Los receptores de malas noticias no olvidan nunca dónde, cuándo y cómo se les informó de ella. Los factores que dificultan la comunicación de malas noticias pueden provenir del ambiente sociocultural, del paciente o del propio médico.