

EL EQUIPO DE SALUD Y EL ENFERMO JOVEN EN SITUACION CRITICA

Jorge A. Mercuri

I - Introducción

Cambios sociales y tecnológicos han conducido a una sociedad liberal y pluralista que ha afectado a la Etica médica tradicional.

Esta sociedad pluralista, cambiante, basada en la multiplicidad de ideas, ha privado al médico de una base ética conceptual, que le permita decisiones morales claras y universalmente aceptadas.

Así, la práctica de la medicina se ha vuelto, en este sentido, problemática y conflictiva, y ha alterado profundamente la relación médico-paciente.

Para el médico, solo, inmerso en su práctica diaria, no es posible encontrar fórmulas totalizadoras para estos problemas.

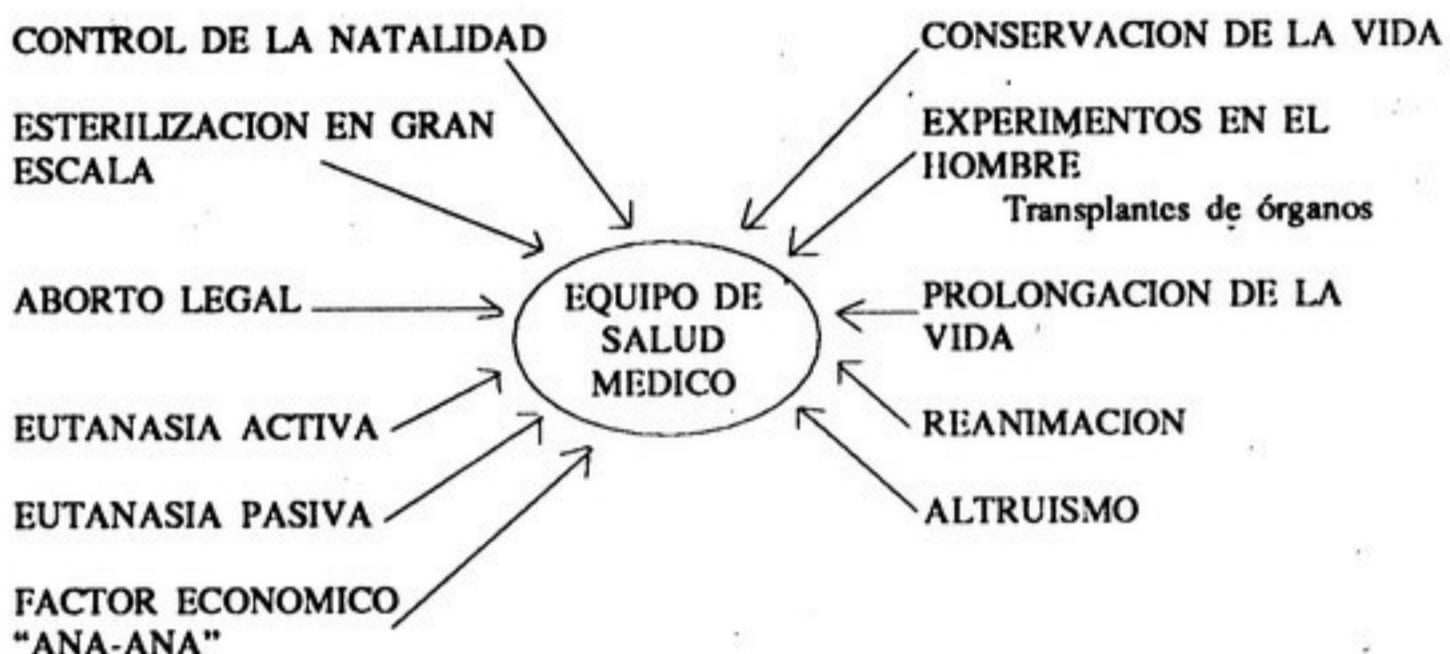
Sus dilemas morales lo acosan a diario sin que la cultura (cambiante) a la que pertenece le ofrezca criterios en los cuales basar sus decisiones.

Además, es agredido permanentemente, mediante los medios de comunicación social (televisión, radios, revistas) hacia todos aquellos valores de dignidad, respeto y tolerancia, mediante la exaltación de un materialismo lleno de violencia, sexo e inducción al consumo, donde son subliminalmente inducidas la venganza, disfrazada de justicia, el libertinaje disfrazado de libertad y la eutanasia disfrazada de piedad.

En síntesis: lo que antes era malo, ahora es bueno mediante un efecto permisivo constante.

En tal situación de soledad ético-moral, puesto en la necesidad de buscar su camino obligadamente, el médico honesto debe tomar actitudes individuales a menudo angustiosas basadas en su particular conjunto de creencias.

MUNDO CONTRADICTORIO AMBIVALENTE



II - Cualidad médica

El ejercicio de la Medicina para que sea acertado y digno exige en el médico y todo el equipo de la Salud determinadas cualidades, cuyo conjunto constituye la APTITUD o VOCACION MEDICA. Estas cualidades deben ser en número y grado proporcionadas.

1) A la excelencia que la ciencia y arte médicas tienen entre las disciplinas humanas por razón de su importancia para el individuo y la sociedad, en orden a la consecución de la felicidad a la que contribuyen la conservación de la salud y la prolongación de la vida.

2) A los altos y sagrados deberes de la Medicina impuestos por la ley natural o positiva como tutela de los intereses físicos y morales del individuo enfermo y de la humanidad.

3) A la dificultad proveniente del trabajo inherente al ejercicio de la profesión y de los peligros que acechan al médico y equipo de salud de continuo en el orden material y en el espiritual, como así también a las responsabilidades, que pueden contrar.

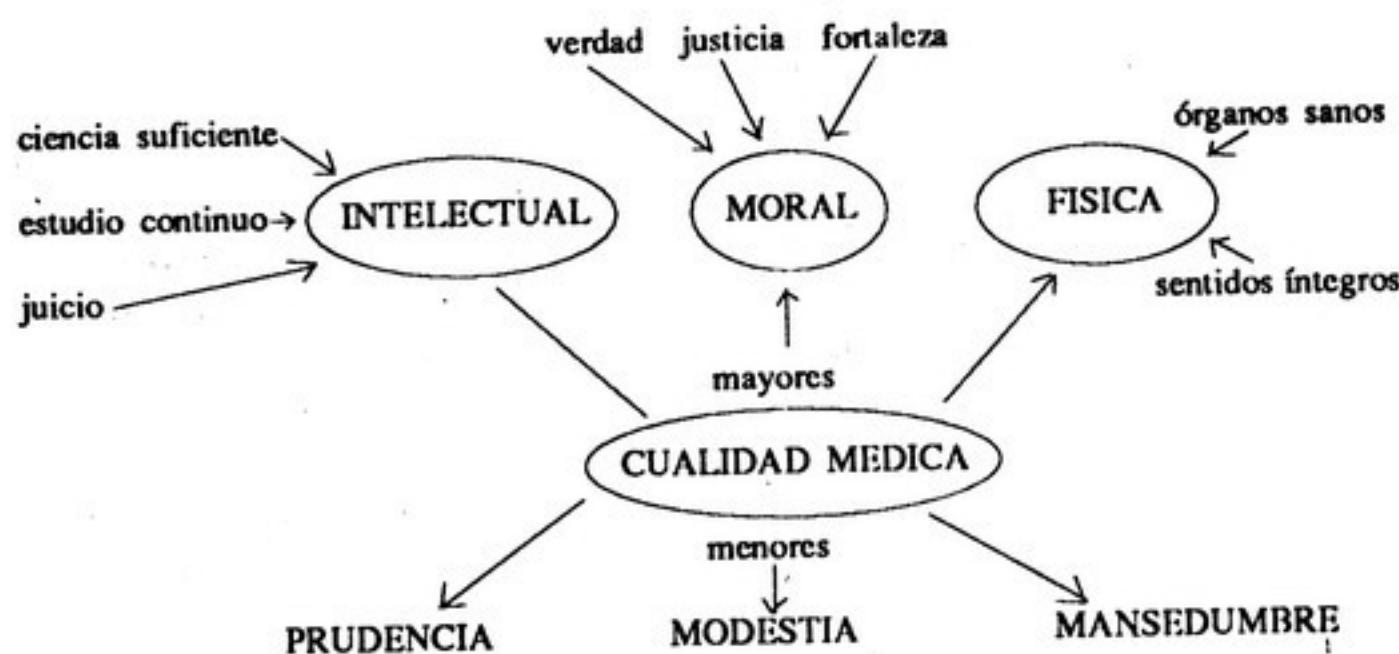
Las cualidades que debe tener los integrantes de un equipo de Salud pertenecen al orden:

- 1 - INTELECTUAL
- 2 - MORAL
- 3 - FISICO

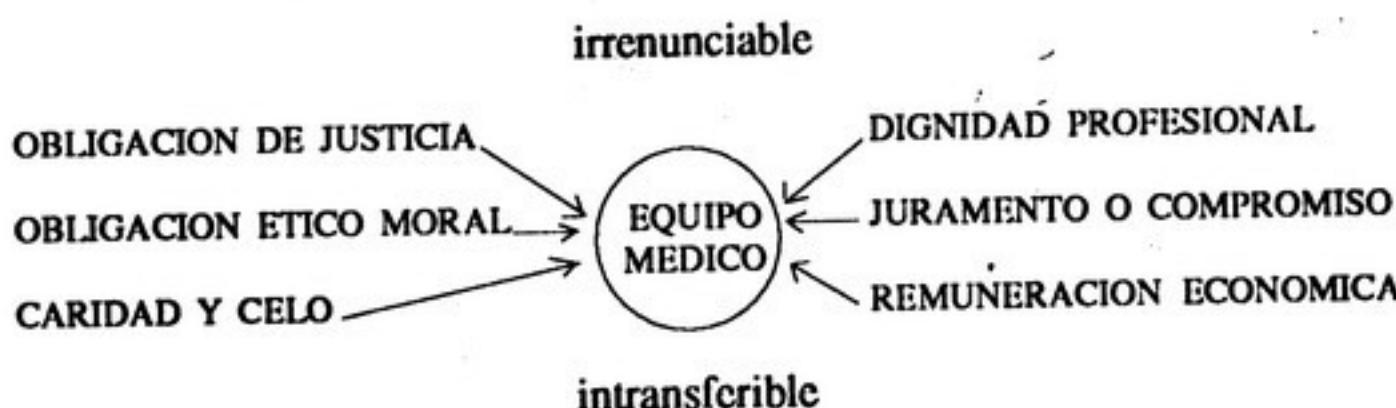
El médico que practica la profesión y trate de suplir el efecto notable de esas cualidades con otros procedimientos impropios no merece el nombre ilustre de médico (HIPOCRATES).

III - El médico en relación con la salud corporal del enfermo joven

APTITUD Y VOCACION MEDICA



OBLIGACION DE LA ATENCION MEDICA



- La salud corporal del enfermo es la primera ley del médico y ayudantes.

En virtud de esta ley está obligado a procurar la curación del enfermo por los mejores medios y del mejor modo posible.

Los motivos que pueden determinar obligación por parte del médico para prestar sus servicios facultativos son:

- 1 - OBLIGACION DE JUSTICIA (Comprometido por título de justicia)

- 2 - JURAMENTO O COMPROMISO**
- 3 - OBEDIENCIA**
- 4 - CARIDAD Y CELO**
- 5 - EQUIDAD**
- 6 - DIGNIDAD PROFESIONAL**
- 7 - REMUNERACION ECONOMICA**
- 8 - OBLIGACION ETICA Y MORAL**

IV - Relación equipo de salud y paciente joven en situación crítica

El paciente moribundo plantea una problemática totalmente diferente, ya que aquí, si bien la muerte suele ser irreversible, no existen situaciones absolutas ni plazos irrevocables y, por otra parte, los pacientes suelen estar conscientes.

Este momento representa el más trascendente en la relación médico-enfermo-familia y éticamente es **irrenunciable e intransferible** para el **equipo de salud**.

Irrenunciable: por el deber moral de no abandonar al enfermo en esas condiciones, aunque no queden recursos terapéuticos tenemos nuestra propia presencia y es justamente esa propia presencia la que debe evitar el peor sufrimiento del moribundo, **la soledad** que lo acompaña.

Intransferible: porque la asistencia en la muerte es una etapa de la atención médica (La muerte es a su vez una etapa dentro del proceso de la vida).

Esta atención, irrenunciable e intransferible es patrimonio de todo el equipo de salud, ya que puede y debe ejercerla tanto el médico como la enfermera u otro miembro del grupo, siendo cada circunstancia en particular, en cuanto a los lazos y relaciones del paciente, la que determinará sobre quién o quiénes recacrá la responsabilidad operativa de esa atención.

DIFICULTADES EN ESTA MISION:

Las dificultades que se van a presentar son de dos tipos:

- A) Una con relación al médico y ayudantes.
- B) Otra con relación al enfermo.

A. Con relación al equipo de salud

El primer problema que se debe vencer es la RESISTENCIA que genera en nosotros la muerte de un ser humano.

Podemos describir tres pasos distintos entre sí:

- 1 - SENTIMIENTO DE CULPA**
- 2 - NEGACION**

3 - MECANISMOS DE DEFENSA

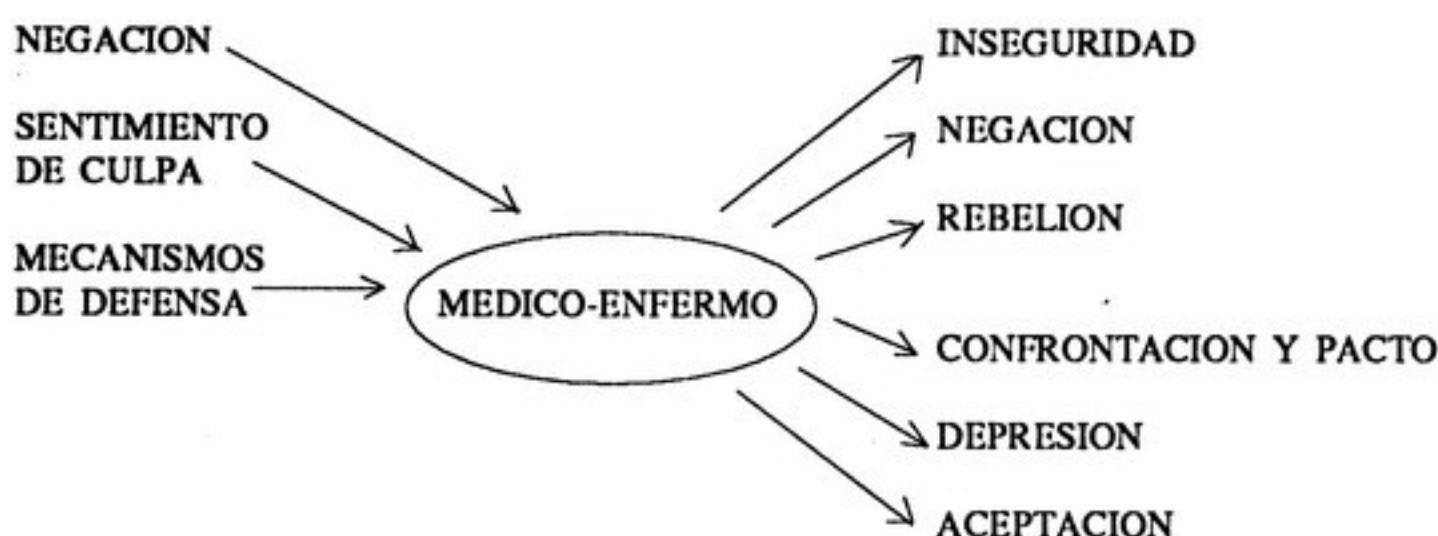
1 - Sentimiento de culpa: Cuando ya la negación es imposible sobreviene un sentimiento de culpa por la muerte del otro.

En muchos casos, la educación médica recibida, de tipo triunfalista, hace que se considere la muerte del paciente como un fracaso de la ciencia, olvidando que la tecnología debe servir para mejorar la calidad de vida y no pretender que sea siempre el triunfo sobre la muerte.

2 - Negación: Esto quiere decir que racionalmente lo sabemos, pero emocionalmente no lo aceptamos.

Estadística: Esta situación se refleja en la circunstancia de que mientras el 89% de los pacientes encuestados en un centro de detección del cáncer deseaban conocer el diagnóstico verdadero, las estadísticas realizadas a los médicos revelaron que el 90% prefieren NO.

DIFICULTADES EN LA RELACION MEDICO-ENFERMO



3 - Mecanismos de defensa: Es también una forma de Negación, ante la cual se pueden adoptar diversas posturas: OMNIPOTENCIA por estar VIVOS NOSOTROS, DESPRECIO del OTRO, COMENTARIOS O CHISTES DE HUMOR NEGRO, INDIFERENCIA. Y a veces también impotencia y resignación.

B. Con relación al enfermo

Veamos ahora, por otra parte, las reacciones que ante la muerte se generan en los pacientes y cuales son las mejores actitudes que debemos demostrar frente a ellas.

La asistencia al moribundo en las diferentes fases que atraviesa debe presentarse como una compañía lo más plena posible de sensibilidad y de comprensión que no disimula la realidad.

Ayudar a alguien a morir es, por lo tanto, ayudarlo a vivir intensamente las últimas etapas de su vida.

Han sido descriptas 5 fases o etapas

1ra. Fase: INSEGURIDAD y NEGACION

2da. Fase: REBELION

3ra. Fase: "PACTO" "CARA A CARA" "ILUSION"

4ta. Fase: DEPRESION

5ta. Fase: ACEPTACION

1ra. Fase: La inseguridad ante la certeza o posibilidad de muerte genera una actitud de negación y rechazo.

El enfermo es presa de la ignorancia de su estado y de la inseguridad; la agonía y la muerte son descartados y así negados.

Es necesario ante esta reacción una gran dosis de paciencia y de sensibilidad para no reforzar ese rechazo y posibilitar que el paciente abandone su resistencia a la realidad.

2da. Fase: Cuando los mecanismos de negación han fracasado y el paciente se hace cargo de su realidad es frecuente que aparezca una rebelión.

Esta rebelión suele traducirse por violentas manifestaciones de agresividad; recelos, cólera, rebelión y quejas hacia los que lo rodean.

Es fundamental en esta fase permitir esa descarga a fin de que puedan quedar libres de ella. Es necesario que el moribundo pase esta fase para que pueda desembocar enseguida en una confrontación y una aceptación de la muerte.

3ra. Fase: Estando frente a la realidad "Cara a Cara" y superada la fase de rebelión, algunas personas entran en esta etapa llamada "de pacto" en la que independientemente de sus sentimientos religiosos hay en ellos una suerte de "fantasía"- "ilusión" por la cual quieren "pactar" con el destino de su muerte y piden alcanzar tal o cual situación y después morir.

Es necesario también aquí una gran dosis de paciencia y tolerancia para que no se repitan sucesiva y negativamente estos "pactos" que en última instancia son también una forma, si no de negación, al menos de postergación de la realidad.

4ta. Fase: Esta es una fase de depresión, de creciente soledad, de tristeza y

a la vez de evitación, fácilmente comprensible y ante la cual es difícil e incluso inútil tratar de encontrar respuestas racionales.

En esta etapa es cuanto más necesaria se hace nuestra presencia, a veces simplemente con el silencio o con una caricia; más allá de la Tecnología están las recursos humanos y el recurso que más a mano tiene el médico es justamente su propia mano.

5ta. Fase: De aceptación, el paciente no está atemorizado si llega a esta etapa, habiendo transitado naturalmente las anteriores; por el contrario, entra en paz con su destino y no pierde el equilibrio de sus afectos. Hace la paz con la muerte.

Esto le permite arreglar sus últimos asuntos en función de su ideología o de su fe religiosa.

UTILIDAD DE CONOCER LAS DIFERENTES FASES DEL MORIBUNDO

Estas etapas no siempre se dan en forma completa; algunos pacientes, por ejemplo, muestran en plena etapa de negación o de rebeldía. Pero el conocimiento de estas diferentes fases puede ser útil para comprender al moribundo.

Además, puede ayudar también al médico o ayudantes a comprender y analizar la situación mucho más allá de lo que el moribundo expresa en un momento dado.

Por eso es muy importante estar sensibilizado a las expresiones concretas del paciente, aun cuando ellas no corresponden al esquema de Fases descrito anteriormente y sean a veces contradictorias.

V - El problema de la "verdad" a decir al paciente en situación crítica

El problema fundamental, cuando la enfermedad se encamina fatalmente a la muerte, reside en la verdad a decir al moribundo. En este caso, decir la verdad no consiste en hacer declaraciones sin tacto e intempestivas, acerca del estado del enfermo.

Tampoco consiste en el diagnóstico o pronóstico concerniente al momento exacto de la muerte.

Lo que está en cuestión aquí es la capacidad del equipo de salud, del médico en última instancia, para establecer con el paciente una relación tal que este último se haga por sí mismo capaz de pedir información sobre su estado y sacar de ello las consecuencias que se imponen. Aun cuando, desde

el punto de vista terapéutico, la situación aparezca sin salida, no sigue de ello necesariamente que el enfermo en su confrontación con la muerte haya perdido toda esperanza.

Numerosas investigaciones experimentales han demostrado que los moribundos jamás pierden totalmente la esperanza, en particular cuando el equipo de salud no renuncia a su propia impotencia. Cuando se comienza a ser receptivo de las señales emitidas por el enfermo atacado de una enfermedad mortal es cuando se descubre más fácilmente el momento apropiado en que el enfermo es capaz de oír informaciones más precisas acerca del curso de su enfermedad. Lo esencial no es el pronóstico y diagnóstico de su enfermedad, esto no es exactamente lo que debe de preocupar al médico; lo esencial no es la exactitud de lo que se dice, sino la solidaridad en la difícil situación de la evolución de la enfermedad.

El punto más importante, en este caso, es que el enfermo, en el curso de la última etapa de su vida, no se sienta abandonado en la soledad por los que lo cuidan, en el momento mismo en que empieza a afrontar su angustia de la muerte.

Innumerables testimonios muestran hasta qué punto la verdad dicha al enfermo puede ejercer una influencia liberadora sobre las relaciones entre el moribundo y el equipo de salud. Así se puede esperar que el enfermo se disponga mejor a hacer frente a la verdad de la muerte, condición necesaria para que el moribundo pueda vivir de manera humana las últimas etapas de su vida.

VI - Morir en su casa o en el hospital

El derecho que toda persona tiene de alcanzar una muerte digna incluye la posibilidad de morir en el seno de la familia, pero no siempre ello es posible por diversas circunstancias.

Poder morir en su casa, este deseo casi olvidado, recobra vigencia hoy por toda clase de razones. Por una parte la esperanza de vida no cesa de aumentar en nuestra sociedad y las posibilidades de tratamiento fuera del hospital (diálisis, estimulador cardíaco, etc.) han progresado bastante.

Si recordamos que el espacio vital del moribundo es la dimensión de su propio lecho, hay que prestar atención a su autonomía reducida y a que todos los objetos que necesite estén dispuestos en función de sus fuerzas, de tal manera que pueda alcanzarlos. Entre sus propios muros, gracias a un ordenamiento personalizado, el enfermo puede ver ampliado su espacio vital.

Debemos tratar que el hospital o algún sector del mismo posibilite la sensación más cercana a un ámbito familiar, tanto en lo físico como en lo

psico-emocional (ejemplo: una fotografía de familia puede ser fijada o expuesta, de modo que el enfermo pueda percibirla).

Frente a un paciente para el que no quedan recursos tecnológicos se abre la gran esperanza de nosotros mismos como auténticos remedios; cada gesto, cada actitud, cada palabra nuestra, deben ser otras tantas terapéuticas. Debemos permitir y posibilitar mayor tiempo con los familiares, evitar medidas diagnósticas cruentas exclusivamente académicas, dedicarles más atención en lo personal, hacer del acto médico "una confianza que se enfrenta con una conciencia".

VII - Formación profesional y tecnología

El equipo de salud ha aprendido a prolongar la vida, pero no ha aprendido aún bien a asistir a los moribundos.

- Muerte digna del hombre - Es necesario aprender a comprender el lenguaje del moribundo, que se respete el deseo de morir en su casa, que sepan expresarle solidaridad, cosa que los enfermeros suelen hacer mejor que los médicos.

Darle la mano al paciente suele ser un aporte irremplazable de amistad y solidaridad.

El médico, que está ligado a su paciente en el coloquio singular de una confianza que se une libremente a una conciencia, debe continuar ese coloquio en esta etapa trascendente del paciente moribundo.

El médico tendrá que saber "perder su tiempo" con sus enfermos graves. El que se aleja y dice "no puedo aguantar esa situación" se olvida de que el médico etimológicamente es el que cuida y no el que sólo sabe datos de Medicina.

Orientar esos momentos de tregua es invaluable para lo que Pascal llamaba "el buen uso de las enfermedades", porque puede hacer crecer espiritualmente al paciente, a su familia, al médico y a la comunidad curativa.

La alta tecnología nos puede enfermar de la patología de la civilización. El hombre está amenazado por "homo tecnológico y el homo económico". Los médicos estamos comprometidos para defender la vida y también defender los derechos de la vida en la enfermedad y en la muerte.

El médico debe recibir a la alta tecnología, como una muy buena aliada, siempre que sirva a la alta dignidad del espíritu humano y no la sojuzgue. Despersonalizar a la muerte es un riesgo muy grande en esta era tecnológica de sociedad pluralista liberal cambiante "si no logramos que a cada suplemento de técnica se le añada un suplemento de alma"; al decir de Gabriel

Marcel, la despersonalización de la muerte decidida por un profesional, sin visitas, sin diálogo, sin sacerdote, puede llegar a ser una fuente grave de despersonalización de la vida.

No podemos encarar la ayuda del dolor y la muerte del paciente si no hemos encarado nuestro propio dolor y nuestra propia muerte. Además de ser un medio de crecimiento personal total, el dolor es un instrumento para que otra persona pueda ayudar al paciente y por lo tanto crecer en amor y espíritu fraternal la comunidad. La Comunidad madura es "capaz de convertir sus dolores en crecimiento hacia una sociedad participada y fraternal".

En suma, el respeto a la libertad de la conciencia de nuestro paciente exige que le aseguremos el derecho a que su última opción libre pueda ser elegida y no impuesta por una pseudofilosofía o una pseudorreligión tecnológica.

Los que estamos comprometidos a defender la vida debemos conseguir que el dolor, la enfermedad y la muerte sean respetados como etapas de crecimiento espiritual para el que los sufre, para su familia y para la comunidad. Darle importancia sólo a lo físico-químico y olvidar la dimensión espiritual es el comienzo de la más grave despersonalización de la que el médico puede ser cómplice en este momento.

Debemos hoy los médicos aprender con todo el equipo de salud a respetar más la libertad del paciente grave, sin olvidar que el dolor más intenso es la sensación de morir en soledad. Y que la elección final de un tratamiento le corresponde al paciente, así como decidir por sí, o a través de su familia, cuáles son los medios proporcionados o desproporcionados en su caso y si quiere permanecer en su casa o en el hospital.

El prestarle el mayor auxilio médico-tecnológico, como el dejarlo morir en el seno de la familia, con visitas, con auxilio religioso, con opciones libremente elegidas, es una virtud médica que está al servicio del enfermo-paciente.

VIII - El equipo de salud cristiano y la necesidad de la religión frente al paciente joven en peligro de muerte

La conveniencia de la Religión la proclaman los efectos que de ella se derivan hacia la Medicina y la hacen moralmente necesaria.

- 1) A la luz de la Religión ostenta la Medicina un título de la mejor nobleza: el de institución divina.
- 2) **El Hombre, la enfermedad y la vida**, a los ojos del médico, Equipo de Salud de convicciones religiosas, adquieren valor de cosas sagradas.
- 3) Da calor y vida a las virtudes de orden moral, es un freno a las pasiones.
- 4) Estimula los sentimientos de piedad, de caridad, de compasión hacia el

hombre que sufre, y con preferencia hacia los más pobres y desgraciados.

5) Estimula a la más completa abnegación.

6) Proporciona normas seguras de moralidad objetivas y concretas que señalan el camino del deber en un arte tan fecundo en conflictos de orden moral y de solución difícil.

7) Suministra Recursos Morales de eficacia.

8) Ella actúa inmediatamente sobre la conciencia avivando el sentido de la responsabilidad médica y supliendo con ventaja a la ley escrita en su oficio de tutelar la vida y la salud, fundamento del bienestar del individuo y de la Sociedad. La muerte representa para el cristiano la consumación de un **proyecto de Vida**. Este proyecto no está definido por un hacer cuantitativo, representativo de nuestras potencialidades naturales sino por un modo de ser cualitativo del que se desprenden determinadas conductas. Cuando llega la hora de la verdad, el largo currículum que nos acredita ante los hombres de poco servirá si no hubo amor en nuestra vida. Amar, que es lo único necesario y sobre lo único que seremos examinados está al alcance de pobres y ricos, de sabios e ignorantes, jóvenes y viejos, hombres y mujeres. La verdadera desgracia no es que la muerte corte una vida joven llena de posibilidades, sino que la muerte corte una vida sin amor, cualquiera fuese la edad alcanzada.

Bibliografía

- ARCUSA, E.** *Responsabilidad médica*, Ed. Paulinas, 1966.
- BASSO, D.** "Problemas éticos en torno a la vida humana", en *Rev. Iatria* 57: N°175, pág. 5-39, 1986.
- BALIÑA, L. M.** "La defensa del derecho a morir", en *Rev. Iatria* 46: N°17, 1975.
- BALIÑA, L. M.** *Apuntes de clases de Deontología Médica*. Universidad del Salvador, 1961.
- BARRERE, I.** *Le Dossier Confidential de L'euthanasie*, Ed. Stok, 1976.
- BRENNAN, R.E.** *Psicología general*, Ed. Morata, 3^a edición, 1982.
- COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS DE BARCELONA.** *Normas de Deontología*, Barcelona, 1979.
- DECLARACION DE LA CONFERENCIA EPISCOPAL ALEMANA.** "Muerte digna del hombre y muerte cristiana", en *Rev. Criterio* 52, N°1816, pág. 424-427, 1979.
- GEMELLI, A.** *Psicología de la edad evolutiva*, Ed. Razón y Fe, 6^a edición, 1971.
- HARING, B.** *Etica y Medicina*, Ed. Herder, 1^a edición, 1976.
- FREUD, A.** *El Yo y los mecanismos de Defensa*, Ed. Paidós, 2^a edición, 1981.
- KUBLER, E.** *Sobre la muerte y los moribundos*, Ed. Gribaldo, 1975.
- KOPP, J. V.** *Origen y futuro del hombre*, Ed. Herder, 1965.
- LAIN ENTRALGO, P.** *La relación Médico-Enfermo*, Ed. Revista de Occidente, 1964.

- MAZZEI, E. "La Deontología médica en la época actual", en Rev. A.M.A., 90: N°7, págs. 177-180, 1977.
- MAZZEI, E. "Necesidad y revaloración del médico de familia", en Rev. A.M.A., 91: N° 1, 1978.
- Mc FADDEN, C. J. **Etica y Medicina**, Ed. Studium, 1958.
- MERCURI, J. A. **El equipo de salud y su compromiso cristiano frente al paciente Joven en situación crítica**, XI Jornadas Camilianas para Enfermeras, S. San Camilio, Julio 1985.
- MERCURI, J. A. **El equipo de salud y su comportamiento frente al paciente**, Congreso Interdisciplinario de Ciencias Médicas. Hospital Aeronáutico Central, Septiembre 1988.
- MERCURI, J. A. **La muerte. Fisiología. Fisiopatología y Deontología**. X Jornadas Camilianas para Enfermeras, S. San Camilio, 1980.
- MERCURI, J. A. **El dolor. Fisiología. Fisiopatología y Deontología**. IX Jornadas Camilianas para Enfermeras, S. San Camilio, 1979.
- MERCURI, J.A. **Experimentos en el hombre normal y enfermo (Visto por un fisiólogo)**. Conferencia. Curso Superior de Medicina Aeronáutica. I.N.M.A.E., Agosto 1990.
- PIO XII. **Pío XII y las Ciencias Médicas. Discursos**. Recopilación del Dr. López y colaboradores, Ed. Guadalupe, 1958.
- QUILES, I. **La persona humana**. Ed. Espasa-Calpe, 1952.
- RIVAS, L. H. **Qué es un Evangello**, Ed. Claretiana, 1º edición, 1986.
- RINCON, L. "El médico ante la muerte de sus pacientes", en **Medicina Intensiva**, N° 3: 51, 1978.
- RAHNER, A. **Etica y Medicina**, Ed. Guadarrama, 1982.
- SOURNIA, S. C. "L'exercise de la Medicine dans une grande ville françaïse", en Rev. Iatria, 57 N°175, págs. 59-60, 1986.
- SPORKEN, P. **Medicina y ética en discusión**, Ed. Verbo, 2º edición, págs. 301-380, 1982.
- TEILHARD de CHARDIN. **Ciencia y Cristo**, Ed. Taurus, 1968.