

X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2018.

La psicología implicada en los cuidados paliativos.

Bondaz, Florencia.

Cita:

Bondaz, Florencia (2018). *La psicología implicada en los cuidados paliativos*. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-122/724>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ewym/wzC>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

LA PSICOLOGÍA IMPLICADA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Bondaz, Florencia

Universidad de Buenos Aires. Argentina

RESUMEN

Con el presente informe, se pretende dar cuenta de la dimensión de la ética aplicada en tanto campo interdisciplinario, en donde se anuda la reflexión filosófica y problemática médica, en la medida en que la medicina tropieza con problemas, dilemas o conflictos que atañen cuestiones éticas, no técnicas. La ética aplicada se encuentra interesada en resolver problemas. Consecuentemente, si se considera que la acción del médico y el profesional afectará primordialmente a otros sujetos más allá de sí mismo, se vuelve crucial el tema de la responsabilidad. Además, se tratará por un lado, la cuestión psicoética, la cual a través de la reflexión, trata de dar respuestas a las problemáticas que surgen en el ámbito de la psicología y psiquiatría. Por otro lado, se prestará atención a la deontología profesional. Asimismo, se abordarán temas que atañen al Giro Ético. Parte de la consideración de las formas de vulnerabilidad que afectan a los seres humanos y en el intento de señalar de qué manera reflexionar sobre la enfermedad, conduce a una crítica del modelo tradicional del sujeto de la ética en general y de la bioética en particular.

Palabras clave

Cuidados paliativos - Psicología - Ética aplicada - Interdisciplina

ABSTRACT

PSYCHOLOGY INVOLVED IN PALLIATIVE CARE

This report intends to provide an account of the applied ethics dimension as an interdisciplinary field, where philosophical reflection and medical issues are tied together. Sometimes medicine encounters problems, dilemmas or conflicts that concern ethical issues, not only technical ones. Applied ethics is interested in solving problems. In case it is considered that the action of the professional affects primarily other subjects beyond himself, the issue of responsibility becomes crucial. The psycho-ethical question tries to give answers to the problems that arise in the field of psychology and psychiatry. In this report, attention is paid to professional deontology. Consequently, issues that pertain to the Ethical Turn are addressed. The report begins with the forms of vulnerability that affect human beings and, in the attempt to indicate how to reflect on diseases, leads to a critique of the traditional model of the subject of ethics in general, and of bioethics in particular.

Keywords

Palliative care - Psychology - Applied ethics - Interdiscipline

1. Aportes de la Psicología al ámbito de los cuidados paliativos.

Eternamente, el objetivo de la medicina ha sido curar, ya que ella consideraba a la muerte como un fracaso. Pero, ¿qué ocurre en los casos en los que no hay cura? Los cuidados paliativos vienen a “solucionar” la falencia del paradigma de la *medicina curadora* para comenzarse a hablar de una *medicina cuidadora*. Aquí, la muerte no es vista como un revés, sino como un proceso normal y una condición de la vida humana. De esta manera, dichos cuidados, en tanto medicina cuidadora tienen el objetivo de acompañar, cuidar, aliviar y lograr que la persona llegue al final de su existencia de la mejor manera posible, entendiendo que la muerte forma parte del ciclo vital. Ya no se habla solamente de la medicina curativa, en la que el éxito se mide en relación a las vidas salvadas, sino también de la medicina cuidadora, en la que el éxito consiste en el alivio del sufrimiento para un “buen morir”. Al hablar de este último, es necesario no olvidar la intervención de la psicología que tanto acompaña desde la palabra y escucha, entre otros aspectos, dicho proceso.

Desde 1990 la Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca como pilares fundamentales para el alivio del sufrimiento; el desarrollo de programas de cuidados paliativos, el facilitar la disponibilidad de opioides, y mejorar la formación específica de los profesionales. Según su definición ampliada en 2002, los cuidados paliativos son un “enfoque que mejora la calidad de vida de 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 y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales”.

Los Cuidados Paliativos se hallan centrados en el paciente de manera integral, más que en la enfermedad en particular; lo que hay que hacer, los tiempos y la forma no está protocolizada, sino que es el paciente quien delimita estas cuestiones. Así, consideran primordial la *autonomía* del paciente. Conjuntamente, la unidad de tratamiento se centra tanto en el paciente como en su familia; proyectándose el trabajo en equipo -médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales y ministros de fe-, puesto que, centrarse en la integridad de la persona requiere que los profesionales sepan integrarse. De manera contraria, trabajando individualmente se logra que se pierdan las perspectivas y la complejidad del caso. En cuestión al rol del profesional psicólogo, el artículo 3º de la *Ley 23.277 de Ejercicio Profesional de la Psicología* decreta que “el psicólogo podrá ejercer su actividad autónoma en forma individual y/o integrando equipos interdisciplinarios, en forma privada o en instituciones públicas o privadas que requieran sus servicios. En ambos casos podrá hacerlo a requerimiento de especialistas en

otras disciplinas o de personas que voluntariamente soliciten su asistencia profesional”.

2. *Aportes de los Cuidados Paliativos al sistema de salud actual.*

El modelo biopsicosocial de los cuidados paliativos ha redefinido los conceptos de eficiencia, éxito y fracaso de la atención sanitaria. El éxito radica en llegar a tiempo y lograr para el paciente y su familia, la calma en la aceptación de la realidad en torno a la muerte. Así se combate la *deshumanización* fruto de negar la condición humana vulnerable y moral que tanto contribuye a que la gente fallezca sin aceptar el final, es decir, “muera mal”.

Se considera la asistencia como un arte que se practica en el diálogo. Lo que caracteriza al arte es la originalidad, no la copia ni la repetición. Los profesionales enseñan a aceptar la muerte, y para ello deben saber acompañar, escuchar y estar en momentos personales. Para saber “improvisar”, han de haber “practicado” mucho. El alivio del dolor y el sufrimiento de los pacientes durante todo el proceso de la enfermedad e incluso en la etapa terminal es un *Derecho Humano*. Presente en el artículo 3 de la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (2005)*, se halla manifiesto el principio de dignidad humana y Derechos Humanos, el cual menciona dos puntos: “1. Se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los Derechos Humanos y las libertades fundamentales. 2. Los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad.” Es decir, que toda persona tiene derecho a ser respetada, valorada y cuidada. Su bienestar no debiera ser un tema a debatir. Todos, incluso a aquellos, quienes sus enfermedades no poseen cura, tienen derecho a un tratamiento digno, ya sea médico o psicoterapéutico, incluso hasta los últimos días de su vida.

Desde el principio de dignidad, que nos iguala como personas, y desde la equidad (tratando a los iguales como iguales y a los diferentes como diferentes), en los cuidados paliativos se procura prestar especial atención en atender las necesidades de las personas en momentos determinados. La flexibilidad, la prestancia y el cuidado son claves para que se dé no solo una muerte digna, sino también de calidad, y esta última es, en un alto grado, subjetiva. Así como la persona es única, también lo es su muerte.

De la misma manera, la *teoría bioética del cuidado*, establece que se debe avanzar a una ética del respeto, más que a una de virtud, y este respeto se hace efectivo en el cuidado según el principio de responsabilidad. El fin es hacer efectiva la igualdad de oportunidades en el despliegue pleno de la condición humana: como sujeto hablante, como sujeto agente, como identidad narrativa y como conciencia moral.

A menudo se produce una deshumanización, a consecuencia de la gran cantidad de especialidades que intervienen en el proceso asistencial, de manera que la persona es atendida por múltiples agentes de salud (médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, etc.), y en medio de todo ello, la persona se pierde, se compartimenta, ya que se pone el foco en la enfermedad en vez de aplicarlo a la persona. Se descuida lo esencial, que es la persona en su totalidad, sus circunstancias, sus vivencias, y produciéndose una despersonalización.

No obstante, los profesionales sociosanitarios son los primeros que han de combatir dicha despersonalización y deshumanización. Para ello, deben tomar conciencia de que los medios no pueden suplantar el fin y de que la base de la relación asistencial es la atención, el respeto y la mirada atenta a la persona. La tecnificación, que en cierta manera ha contribuido a la deshumanización, no puede dejar de ser más que el medio al servicio de la atención. No siempre más, es mejor. Ni la máquina ni la técnica pueden suplir a la persona interlocutora válida que atiende y que, más allá de datos a procesar, debe también comprender, hacerse cargo y cuidar el impacto de las informaciones, responder a las preguntas y dar la oportunidad de hacerlas.

Por un lado, el paciente es considerado vulnerable en conocimientos y, por lo tanto, en los cuidados que precisará. De tal forma, es necesitada de orientación, ayuda, y depende de los profesionales a la hora de tomar sus decisiones. Gracia (1999) plantea que el enfermo es un ser adulto y responsable que debe tomar las decisiones sobre su enfermedad. El médico es el que sabe y tiene la información pero el enfermo es quien decide. Sin embargo, para que se respete la *autonomía* de la persona, el médico debe darle al paciente la información veraz sobre su situación, posibles tratamientos y sus implicancias, y debe dejar que decida lo que considere mejor para él. Dicho autor, continúa diciendo que mientras que el enfermo aporta a la relación médico-paciente el *principio de autonomía*, el médico se dirige al paciente según el *principio de beneficencia*. Por ende, el médico puede recomendar al paciente lo que considera mejor, pero es el paciente quien determina el quehacer. El respeto a la autonomía se posibilita por la regla de veracidad y se instrumenta por el consentimiento. Para que dicho documento sea considerado válido, la persona tiene que ser competente para decidir, estar en condiciones válidas y ser libre de hacerlo en esa situación determinada. La información que dispone el consentimiento debe ser suficiente y adecuada, es decir, apta para ser comprendida en esa ocasión.

Por otro lado el paciente es vulnerable por su situación de enfermo. Bonilla (2006) sostiene que la enfermedad es una de las formas específicas de vulnerabilidad que afectan a los seres humanos, por eso plantea la necesidad de recurrir a *éticas de la responsabilidad y del cuidado* en las que la voz del otro prevalezca, evidenciándose altamente la complicidad psicológica. Propone la necesidad de mostrar la figura del sujeto enfermo para que la medicina, la antropología y la ética se construyan “a partir de él” y no “contra él”. Haciendo mención a la cualidad de vulnerabilidad que pueden tener las personas, el artículo 11 de la *Ley 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*, establece las directivas anticipadas. “Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes”.

Suele decirse que el médico siempre debe actuar en favor de la vida. En base a esto, se pueden presentar *conflictos éticos* que se prestan al debate. ¿La defensa de la vida debe llevar al médico a

no dejar morir en paz a sus pacientes? Un profesional en cuidados paliativos puede preguntarse, ¿Le sigo aplicando el tratamiento al paciente para prolongar su vida unas semanas más a pesar de que dicho tratamiento esté provocando dolor? En este caso entran en conflicto dos de los principios antes mencionados. Según Beauchamp (2001), en la medicina, el logro del bienestar de los pacientes es la meta de los cuidados sanitarios; haciendo mención al principio de beneficencia. Asimismo, dicho principio nos exige ayudar a los demás más allá de sus legítimos intereses, evitando o eliminando habitualmente los posibles daños.

También se presenta el principio de respeto a la autonomía, el cual va a precisarlo como aquel que se encuentra arraigado en la tradición moral y en la política liberal de la importancia de la libertad y la elección individual. Se trata de la libertad frente a coacciones externas, y la presencia de una facultad mental crítica ejemplificada por la comprensión, la intencionalidad y la capacidad de tomar decisiones voluntarias. Respetar la autonomía de una persona es reconocer con la debida atención sus facultades y su perspectiva, incluyendo su derecho a sostener ciertos puntos de vista, realizar determinadas elecciones y seguir ciertas acciones basadas en los propios valores y creencias.

Si el paciente se encontrase dispuesto a morir, antes que seguir recibiendo tratamientos que le sigan causando dolor, debería respetarse su elección, prevaleciendo la autonomía sobre la beneficencia -*carácter prima facie*-.

De la misma manera, debiera considerarse en todo momento el Juramento Hipocrático, realizado por médicos profesionales, con el fin de "hacer todo lo posible por el bien de los enfermos; y estar dispuesto a reparar los posibles daños que se deriven de no cumplir la promesa que se jura solemnemente" -*norma de fidelidad a las promesas hechas*-.

3. Reflexiones finales: Bioética, Cuidados Paliativos y el Rol del Psicólogo en el recorrido final de la vida.

El objetivo primordial de la *bioética* es humanizar la relación asistencial, y los equipos de cuidados paliativos han sabido aunar las diferentes tradiciones bioéticas. Supieron trabajar desde la bioética en su sentido más abarcativo, incluyendo la clínica, la ética organizativa y la bioética de las políticas públicas (desde donde insisten, por ejemplo, en no reducir los cuidados paliativos al cáncer). De la misma manera, desde una bioética global, se advierte que los estos cuidados no son medicina «de segunda» y han recordado el deber hipocrático y cívico de no abandonar al paciente «a su suerte». Desde esa bioética total, la justicia cobra especial dimensión porque si bien es cierto que la muerte iguala a todos, la forma de morir no. La incidencia de la suerte en una sociedad es inversamente proporcional a su nivel de *justicia*, por eso han señalado que la forma en que ese muere en un país, es también un tema prioritario de políticas públicas nacionales y mundiales.

Las *intervenciones psicosociales* deben realizarse durante todo el proceso de atención del equipo, y deben tener la capacidad de ser planificadas y espontáneas, de acuerdo la situación lo requiera. Deben estar presentes en las últimas horas de vida, en el fallecimiento y duelo. Las mismas intervenciones son educativas y preventivas,

potencian la resiliencia, son innovadoras en el sistema público sanitario y promueven los Derechos de las personas. Asimismo, tienen el carácter de dinamizadoras de los canales de comunicación, son organizativas en la toma de decisiones, y potenciadoras de los recursos y capacidades de la unidad de tratamiento.

En relación a la práctica del profesional psicológico, éstos cuentan con un código de ética, el cual se constituye en leyes del ejercicio profesional. Los psicólogos cuentan con el código de ética de la *Federación de Psicólogos de la República Argentina (Fe.P.R.A.) Aprobado por la Asamblea del 10/4/1999*. Entre sus principios, se establece la competencia, que articula "Los psicólogos reconocen las fronteras de sus competencias particulares y las limitaciones de su pericia, y se mantendrán actualizados en el conocimiento científico y profesional".

En cuanto a la *comunicación*, toda persona tiene Derecho a recibir una respuesta honesta y a saber la verdad. Tal como sostienen Tripodoro y De Simone (2004), la base fundamental del Derecho de todo paciente a conocer su estado de salud, radica en el principio de autonomía del que deben gozar todos los seres humanos. Los profesionales deben dar a conocer a los pacientes la información verdadera -*norma ética de veracidad*-, sin embargo se debe tener en cuenta la capacidad del enfermo para soportar. Se trata de un proceso dinámico, es decir, en la medida en que el paciente va adquiriendo confianza y acepta la información previa, ésta será más completa; la verdad debe ser soportable y progresiva.

Con el fin de transitar este proceso comunicativo, es necesario conocer al paciente -historia, personalidad y reacciones-.

Por otro lado, también se debe considerar el Derecho del paciente que no desea conocer su diagnóstico; ellos pueden manifestar "*Mejor háblalo con mis hijos, ellos van a saber qué decidir, lo dejo en sus manos*". Los equipos se adaptan a los diferentes modelos de familia, y se debe averiguar qué dosis de verdad darle al paciente en cada momento, así como a su familia; qué formas de comunicación son las más adecuadas; y cómo gestionar el miedo, la negación y la ira.

Es importante tener en cuenta que la comunicación no solo es verbal, también puede ser no verbal. A razón de que no sólo transmitimos mensajes a través de lo que decimos, también es importante evaluar el cómo lo decimos, los gestos, los silencios, el contacto físico, el tono y la postura que utilizamos.

Podría imaginarse una situación ideal en la cual el paciente y sus allegados mantienen una relación próspera y una comunicación abierta, permitiendo que las *narraciones* la vida individual se muden en patrimonio ético y cultural familiar. Será la memoria, esa justicia anamnética, la que devuelva la mirada del oprimido, como proceso abierto de salvación de historias olvidadas y afirme desde sus inicios la responsabilidad como primer paso ético.

NOTA

[1] El presente trabajo toma como punto de partida la monografía presentada por Florencia Bondaz (florenciabondaz17@gmail.com) en el año 2016 en la materia "Psicología, Ética y Derechos Humanos, Cat. II" junto con las estudiantes Florencia Álvarez Martínez, Jorgelina Amicone y Camila María Daniele.

BIBLIOGRAFÍA

- Ley 23277 disponible en http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/723_etica2/cursada/bibliografia_digital/unidad_4_ley_23277.pdf
- http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/723_etica2/cursada/bibliografia_digital/ley_26529_derechos_paciente.pdf
- Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FEPA), disponible en http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/723_etica2/cursada/bibliografia_digital/unidad_4_codigo_de_etica.pdf
- Barbesi, B. Ética de la Relación Profesional. Texto preparado para la Cátedra II de Ética, Psicología y Derechos Humanos. Inédito.
- Beauchamp, T. (2001). Los fundamentos filosóficos de la ética en psiquiatría. En Bloch, S., Chodoff, P. y Green, S. (ed), *La ética en Psiquiatría* (pp. 35-56). Triacastela, Madrid.
- Bonilla, A. (2006). ¿Quién es el sujeto de la Bioética? Reflexiones sobre la vulnerabilidad. En A. Bonilla, A. Losoviz & D. Vidal (Comp.) *Bioética y Salud Mental* (pp. 73-78). Buenos Aires: Akadia.
- Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, UNESCO Organización de las Naciones Unidas, para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Octubre de 2005.
- De Filpo, S.M. Las teorías éticas y la fundamentación de una ética aplicada. En M. L. Rovaletti (ed.) *Avances y Exigencias en la Ética de la Investigación en el campo de las Ciencias Sociales y/o Humanas*. Buenos Aires: Lugar Editorial (en prensa).
- Ferrer, J.J., Álvarez, J.C. (2003). Ética, moral y bioética. *Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea* (pp. 21-82). Madrid, Universidad Pontificia de Comillas.
- França-Tarragó, Omar (2003). Las normas éticas en la práctica profesional. En *Introducción a la Ética Profesional*. Montevideo, UCU.
- Gracia Guillen, D. (1999). Planteamiento general de la Bioética (fragmento). En A. Couceiro (Ed.), *Bioética para clínicos* (pp. 28-35). Triacastela, Madrid.
- Organización Mundial de la Salud. (1994). Alivio del dolor por cáncer y cuidados paliativos. Ginebra. OMS.
- Rovaletti, M. L (2013). Narratividad y memoria. Hacia una ética de la responsabilidad. Vol 36, Nº 5 (pp. 411-415). Salud Mental.
- Tripodoro, V., De Simone, G. (2004), *Fundamentos de Cuidados Paliativos y control de síntomas*. Buenos Aires, Argentina.