

## La relación médico-paciente: la base bioética de la experiencia ante el cáncer

*The physician-patient relationship:  
the basis of bioethics of the experience before cancer*

María del Carmen Calderón Benavides\*

### RESUMEN

Aplicar la bioética a la práctica de la oncología permite acceder al escenario donde las decisiones pasan por un análisis ético. Cuando los principios bioéticos son ejercidos como un procedimiento habitual, la relación médico-paciente refleja acciones concretas dirigidas a favorecer el modelo de comunicación, la toma de decisiones, el respeto a la dignidad de la persona y el proceso al final de la vida. En la vivencia del cáncer como una enfermedad crónica, los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia surgen, se combinan y movilizan a los actores involucrados. Su aplicación se representa en el consentimiento informado: documento en el que se construye la alianza terapéutica como resultado de la comunicación que existe entre el médico y la persona enferma, que ha de establecerse como el fundamento para la toma de decisiones porque consiste en un proceso que no se reduce a la información y que está encaminado a respetar la dignidad de las personas, procurar su bienestar y acompañarles con respeto y calidez. La relación médico-paciente bioéticamente orientada habrá de basarse en el análisis, la reflexión y la aplicación de normas y reglas éticas ante los problemas morales que se manifiestan en la práctica oncológica en cada una de las etapas de la enfermedad: diagnóstico, tratamiento, calidad de vida y calidad de muerte.

**Palabras clave:** Bioética, relación médico-paciente, toma de decisiones, comunicación en oncología.

### ABSTRACT

Applying bioethics to the practice of oncology allows access to the scenario where decisions go through an ethical analysis. When bioethical principles are exercised as a standard procedure, the doctor-patient relationship reflects concrete actions aimed at fostering the communication model, decision-making, respect for the dignity of the person and the process at the end of the life. In the experience of cancer as a chronic disease, the bioethical principles of autonomy, charity, justice and non-maleficent arise, combine and mobilize the actors involved. Its application is represented in informed consent: document in which the therapeutic alliance is built as a result of the communication that exists between the doctor and the sick person, which must be established as the basis for decision-making, because it consists of a process that does not come down to information and that is aimed at respecting the dignity of the people, seeking their well-being and accompanying them with respect and warmth. The bioethically oriented patient medical relationship should be based on the analysis, reflection and application of ethical norms and rules in the face of the moral problems manifested in cancer practice at each stage of the disease: diagnosis, treatment, quality of life and quality of death.

**Keywords:** Bioethics, patient-physician relationship, decision-making, communication in oncology.

\* Licenciada y Maestra en Psicología Clínica. Doctora en Antropología. Coordinadora de Psicooncología. Servicio de Oncología. Hospital General de México «Dr. Eduardo Liceaga», CDMX.

**Correspondencia:** MCCB, marycarb@unam.mx

**Conflicto de intereses:** La autora declara que no tiene.

**Citar como:** Calderón BMC. *La relación médico-paciente: la base bioética de la experiencia ante el cáncer*. Rev CONAMED 2019; 24(supl. 1): s35-s39.

**Financiamiento:** Ninguno.

Recibido: 19/06/2019.

Aceptado: 30/10/2019.

## INTRODUCCIÓN

La bioética aplicada a la práctica de la oncología dirige la atención a la relación médico-paciente, se destaca como el fundamento de las experiencias del enfermo, el escenario en el que se consuman o no los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia, y en donde el paciente es considerado o no como una persona con una enfermedad, pero también con un padecimiento.

La asistencia basada en un enfoque bioético-oncológico ocurre al interior de un proceso dinámico, donde la reflexión-discusión son acciones permanentes dirigidas a favorecer la toma de decisiones de una persona que se encuentra vulnerada por su condición de salud y por las circunstancias que surgen con la enfermedad.

Al enfermar de cáncer no se vive un acontecimiento aislado, sino una serie de acontecimientos relacionados que inician con el diagnóstico y abarcan las dimensiones terapéuticas, la adaptación y la repercusión en la calidad de vida, la pérdida de órganos y funciones y la experiencia del proceso enfermedad-muerte.

En la toma de decisiones que el enfermo ha de iniciar, se combinan las características, representaciones, acciones y significados de sí mismo y los demás involucrados: la familia, el médico y el personal de salud, con los dilemas y las polémicas que enfrentan, pues las decisiones médicas en pacientes oncológicos plantean resolver problemas clínicos y éticos.

Uno de los aspectos de mayor trascendencia es la pérdida de control de los procesos vivenciales que el enfermo experimenta ante la enfermedad y que se manifiesta en todas las etapas del manejo terapéutico, pues desde el momento de conocer el diagnóstico se da inicio al camino de la toma de decisiones, como una práctica que se dará de forma habitual, en la que deberá recurrir a sus capacidades cognitivas y emocionales.

¿Puede hablarse de autonomía cuando la persona se encuentra atrapada entre el diagnóstico, un proceso de adaptación y las alternativas que brindan los tratamientos?

¿Cuál es el margen real de maniobra de un paciente con cáncer al ejercer su poder de decisión?

Cuando las opciones terapéuticas arriesgan su plenitud y su independencia, y con ellas la calidad de vida construida hasta ese momento, hay que

trabajar con base en la voluntad del paciente para que pueda decidir en relación con su estado de salud explorando con él todas las posibilidades disponibles para favorecer su proceso.

## LOS PRINCIPIOS BIOÉTICOS Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los principios de la bioética definen actuaciones que parecen muy concretas y que están dirigidas a acciones específicas.

De acuerdo con Marrero Rodríguez y colaboradores (2014): *el criterio ético fundamental que regula a la bioética es el respeto al ser humano, a sus derechos inalienables, a su bien verdadero e integral: la dignidad de la persona.*

La bioética consta de cuatro principios que pretenden dar contenido al esbozo moral que supone la declaración del valor y la dignidad de la persona: no maleficencia, beneficencia: autonomía o de libertad de decisión y de justicia.<sup>1</sup>

La aplicación de los principios bioéticos tiene su asentamiento en la figura del consentimiento informado, que es donde se construye la alianza terapéutica, y que bioéticamente orientado, supone una relación médico-paciente con objetivos dirigidos por una cultura de respeto a los valores de las personas, sobre todo si se encuentran en condiciones de vulnerabilidad, como es el caso de los enfermos de cáncer, siempre con la incertidumbre de la eficacia y de los riesgos de la enfermedad y de los tratamientos. El consentimiento informado tiene el deber de ser ético antes que jurídico, ha de ser garante de la autonomía moral del enfermo y no un instrumento para dispensar una responsabilidad legal.<sup>2</sup>

La información contenida en el consentimiento informado debe estar adecuada al nivel del paciente, a su raza, educación, ideología, etapa del ciclo de vida, diagnóstico, la cirugía o tratamiento a realizar, las secuelas, los problemas potenciales, con énfasis en el aspecto informativo, más que en el de conseguir una licencia, pues ha de ser el resultado de una relación médico-paciente plena de confianza y respeto a la dignidad de la persona.<sup>2</sup>

## LA TOMA DE DECISIONES

La participación en la toma de decisiones se fundamenta en la comunicación de la relación médico-

paciente y se convierte en una forma de interactuar, debido a que las circunstancias del proceso enfermedad-tratamiento requieren de constante deliberación.<sup>3</sup> La relación médico-paciente no es una relación entre iguales, al contrario, se trata de una relación jerárquica, en la cual, es la figura del médico quien dirige la relación, el lugar de la comunicación es su territorio y es él, quien crea y define el guion de la conversación, porque es a él a quien se acude en momentos de necesidad para buscar ayuda y solucionar, en lo posible, un problema de salud con una autodevaluación profunda ante los conocimientos del médico.<sup>3</sup>

Definir los límites entre el ejercicio paternalista del médico y los derechos humanos de la persona enferma, plasmados en la autodeterminación y el principio de autonomía en estado de vulnerabilidad, tiene que ver con la información y el manejo de las malas noticias, habituales en la práctica oncológica, pues es el médico el encargado de preservar la autonomía decisoria a través de la información honesta sin destruir las esperanzas y preservando la dignidad.<sup>4</sup>

Corresponde encontrar el equilibrio al proceso de desarrollar el arte médico en la detección de las necesidades del otro y sensibilidad en sí mismo para comprender al enfermo en la forma particular de vivir su enfermedad, pues mientras alguno pedirá conocer sus condiciones y pronósticos con anticipación; otro querrá mesura y darse tiempo para adaptarse; y un tercero puede desear no saber nada y delegar la toma de decisiones.<sup>5</sup>

Fermín Gorda (1998) reflexiona:

*En un consentimiento informado de tratamiento quirúrgico de alta complejidad, con secuelas invalidantes o mutilantes hacia un paciente oncológico ¿puede hablarse que hubo autoritarismo paternalista del cirujano?, o ¿que éste ejerció coerción al plantear las alternativas del curso normal de la enfermedad sin tratamiento?, o ¿sería mejor hablar que hubo correcta información, presentación veraz de la realidad, seducción por el carácter y el prestigio del médico, o del grupo o centro asistencial al cual concurrió voluntariamente el paciente?*

*La relación que se establece entre el médico y el enfermo, ¿es un mero contrato?; o ¿es una*

*alianza de coparticipación, un acuerdo asentado en la buena fe de ambos y en el objetivo de hacer el bien al paciente? ¿Puede inferirse una actitud manipuladora del cirujano?*<sup>5</sup>

Son problemas para la reflexión ética, pues la información no se constituye en un solo acto, sino en una acción incesante que se repetirá con perseverancia y paciencia, debido a que la asimilación de condiciones desfavorables es un hecho que lleva tiempo y el enfermo necesita expresar sus dudas y opiniones para sentir que es tratado como una persona adulta y competente que ejerce su autonomía y con ella, sus derechos humanos.<sup>6</sup>

## COMUNICACIÓN Y DIGNIDAD

La preservación de la dignidad de la persona enferma de cáncer es un objetivo ético en sí mismo, que se favorece a través del establecimiento de un estilo de comunicación con un lenguaje verbal y corporal que inspire confianza y apoye las necesidades de control del enfermo. La comunicación en la relación médico-paciente en oncología es inherente a todas las fases de la enfermedad y no se reduce a la información.<sup>5</sup>

La percepción del control de los procesos vivenciales es una necesidad en los seres humanos, que desarrolla la satisfacción de la vida y la adaptación a eventos adversos, como las enfermedades. De ahí la importancia del estilo de comunicación al interior de la relación médico-paciente y del efecto que produzca en la percepción del enfermo respecto a sus posibilidades de ejercer control.<sup>7</sup>

El enfermo de cáncer antes de serlo, construyó una calidad de vida a través de toda su historia, en ella existen hábitos (alimenticios, laborales, sexuales, recreativos, etcétera) y estilos que ha elegido o que le ha tocado vivir, determinados por su nivel social, económico, educativo y cultural, y que reflejan un sistema de creencias, prácticas y valores: su ideología e identidad. Esas preferencias y necesidades fueron forjadas durante toda su vida y se han integrado a una calidad de vida que lo define y le da sentido a su existir: son estas características personalizadas las que requieren atención en el binomio médico-paciente.<sup>8</sup>

La comunicación de la verdad se puede convertir en un problema ético cuando hay que dar las malas noticias. Los postulados bioéticos indican

que hay que respetar el derecho del paciente de conocer y ser informado, así como de no informarse y de designar al familiar o amigo, que autoriza o no, a recibir información sobre su estado. La dificultad para los médicos no es el dar la información en cuanto a contenidos, es, sobre todo, respecto a las formas: el cómo hacerlo, sin menoscabo de la esperanza, transmitiendo la sensación de que existe la posibilidad del control y, ante todo, que no será abandonado.<sup>7</sup>

El cirujano y bioeticista Broggi (2010) refiere: *Antes, cuando entraba un paciente a la consulta, veníamos a decirle: «Atención, está entrando Usted en un mundo que no conoce y al que deberá adaptarse (un mundo de pautas, de rutinas, de ritos incluso). Ahora siéntese, explíqueme qué le pasa y le diré qué haremos». Era un plural dignificante, porque decidiríamos por él –a menudo, eso sí, con el acuerdo familiar–. Ahora, al contrario, es el enfermo el que puede decirnos: «Atención, está entrando en su consulta un mundo que Usted no conoce (un mundo de esperanzas, de miedos y de preferencias) y al que debe adaptarse para decidir. Ahora me sentaré y le explicaré lo que me pasa y lo que espero, porque debería tenerlo en cuenta en el momento de la decisión y espero poder continuar disfrutando de mis Derechos Humanos en mi situación de enfermedad». Para él se trata de un problema de dignidad.*<sup>5</sup>

En el proceso de comunicación que se establece en la relación médico-paciente no existe una relación de equidad. La asimetría de la relación es también asimetría de conocimientos. La persona enferma se encuentra en una situación de vulnerabilidad, experimenta su estado como un evento fuera de control y amenazante.<sup>8</sup>

Si «conocimiento es poder», se puede considerar que al compartir ese conocimiento el médico le otorga al paciente el poder para decidir, dando cauce a la discusión sobre los límites de la participación del paciente en la toma de decisiones, que no sólo es médica y clínica, también es ética, en el contexto de que la eficacia al conocer y tratar una enfermedad no se corresponde con la eficacia al conocer y tratar al enfermo, poniendo atención a su autonomía personal de una manera aplicada y práctica, y no a los conceptos abstractos de las descripciones éticas, sino vista como la manifestación de la voluntad de un mundo de valores propios.<sup>9</sup>

La insatisfacción que puede surgir en el enfermo del trato que recibe, puede no tener nada que ver con el tratamiento administrado, pero sí estar relacionado con el modo en el que vive su proceso, lo que pasará a formar parte de la memoria y experiencia en su totalidad: la atención a su angustia, la actitud poco amable y los tiempos de espera, se convierten en elementos fundamentales de su vivencia como paciente con cáncer, teniendo en cuenta la serie de cambios que tiene que enfrentar a partir de la enfermedad y que se convierten en una larga y penosa cadena de esperas; porque el enfermo oncológico está siempre esperando: comunicación, curación, remisión, paliación, calidad de vida y dignidad de muerte.<sup>10</sup>

## AL FINAL DE LA VIDA

El cáncer está rodeado de mitos y temores, de los que surgen una amplia gama de metáforas y estigmatizaciones: muerte, horror, castigo, vergüenza, culpa, dolor, sufrimiento.<sup>11</sup> Y es esa manera de concebirlo socialmente la que influye en la actitud y en la reacción de las personas enfermas de cáncer.<sup>12</sup>

El diagnóstico de cáncer produce la asociación inmediata con la muerte, pensando que la persona enferma se encuentra en etapa terminal, aunque no presente la suma de factores que ponen de manifiesto el deterioro progresivo y generalizado del organismo y sus funciones (comprendidos en un periodo aproximado y no mayor de seis meses). Y mucho menos se encuentra en estado agónico o *pre-mortem* que se caracteriza por el agotamiento total de la reserva fisiológica y progresa hacia la muerte en las siguientes 24 horas.<sup>13</sup>

Establecer la diferencia de estos estados hará posible elaborar estrategias físicas, sociales, psicológicas, espirituales y bioéticas para la asistencia adecuada de cada uno de ellos, que conserven para la persona la dignidad que la distingue como ser humano.<sup>14</sup>

Los principios bioéticos orientan a tomar acciones para aliviar cuando no se puede curar y apoyar y acompañar al paciente a morir cuidando el dolor, la sed y el insomnio, evitando los extremos del abandono o encarnizamiento terapéutico.

La bioética induce a cultivar el respeto a los derechos del ser humano enfermo y en particular los derechos del enfermo terminal que son: no

sufrir inútilmente, respeto a su libertad de conciencia, conocer la verdad de la situación, respeto a la capacidad de decidir por sí mismo, poder tener diálogo confiado con su médico y con su familia, recibir asistencia espiritual y religiosa, y a renunciar a medios o prácticas desproporcionadas que no resolverán su enfermedad de fondo.<sup>15</sup>

Entender la finitud con humildad y sabiduría, favorecerá ejercer el humanismo desde la profesión, aceptando los límites frente al proceso; porque morir no es patológico, morir es una función de nuestro organismo, un acto fisiológico resultado de un mandato genético ordenado por la vida. Los humanos vivimos la muerte y conscientes de ello, no podemos más que concebir una buena muerte. Una muerte consecuente con la manera de vivir, como lo propone Sócrates y lo sustenta Epicuro, sin angustias ni penas, si es posible sin dolor de ningún tipo, «ni del alma ni del cuerpo», como diría Aristóteles. Como dirían desde ese entonces los griegos, un buen morir.<sup>13</sup>

## CONCLUSIONES

La experiencia de ser una persona enferma de cáncer atraviesa por diferentes etapas, desde la presentación de los primeros síntomas, la confirmación del diagnóstico, el tratamiento y sus secuelas y todo el procedimiento médico. Estas vivencias serán parte importante del registro en la memoria, pero también lo serán las actitudes y la atención recibida no sólo a la enfermedad, sino a todo lo que surge como consecuencia de estar enfermo de cáncer.

Por lo tanto, el trato que el paciente reciba a sus dudas, incertidumbre, miedo, disfunciones y deformaciones; la ayuda que se le ofrezca para canalizar un estado de inestabilidad constante; así como las acciones que tome el médico encaminadas a enseñarlo a vivir con cáncer y a resolver los problemas de las secuelas de los tratamientos, marcará la diferencia y definirá las reacciones de su complicado proceso.

Por último, la relación médico-paciente ha tenido transformaciones en el contexto histórico de la oncología, lejos está quedando la pasividad de los enfermos, que si bien son personas vulneradas por su circunstancia, esperan del médico un rol educativo que reconozca en ellos la mejor disposición de aprender todo lo relacionado con su enfermedad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Marrero-Rodríguez H, Quintero-Salcedo S, Blanco-Zambrano GL, Calas-Rosales M, Torres-Puente S. Aspectos bioéticos en pacientes con cáncer de pulmón. *MEDISAN*. 2014; 18 (9): 1231-1237.
2. García-Conde J, García-Conde A. Humanización en la asistencia clínica oncológica. *Psicooncología*. 2005; 2 (1): 149-156.
3. Hernández-Mandado P, Vela-Valencia TI. Bioética y oncología. Relación médicopaciente. Camagüey, Cuba S/A.
4. Cabrera-Trigo J. El consentimiento y el rechazo en un caso clínico oncológico. Propuestas al seminario sobre "Ética en el final de la vida", a cargo del Profesor Dr. Bernardo Gert. (Darmouth College, NH-USA). Maestría en Ética Aplicada. Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires, 1995.
5. Gorda MF. Ética en el tratamiento de pacientes con cáncer. Profesor de Bioética Universidad del Salvador. El Salvador: 1998.
6. Sánchez-Santiesteban AM. El consentimiento informado y la relación médico-paciente. La Habana, Cuba: Bioética; 2009.
7. Rifá-Ferrer J. Historia de la oncología en la comunidad autónoma de Baleares. En: Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Historia de la oncología médica en España. Madrid: 2009.
8. Broggi MA. La actitud profesional ante los valores del enfermo en la toma de decisiones. *Psicooncología*. 2010; 7 (2): 401-414.
9. Cedeño B. Aspectos bioéticos en la comunicación médico-paciente oncológico [Tesis]. Buenos Aires: Facultad de Posgrado Universidad Favaloro; 2012.
10. Expósito J, Domínguez C. Elaboración de un código de buenas prácticas en comunicación aplicable a los servicios de oncología. Estrategia y resultado. *Psicooncología*. 2008; 5 (1): 147-154.
11. Sontag S. La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas. Madrid: Edit. Taurus; 1996.
12. Garduño EA, Ham MO, Méndez VJ, Niembro ZAM, Pando CJM, Martínez BR et al. Decisiones médicas al final de la vida. Recomendaciones para la atención a pacientes con enfermedades en estado terminal. *Acta Pediatr Mex*. 2006; 27 (5): 307-316.
13. Rebolledo MJF. Muerte digna, una oportunidad real. En: Soberón G, Feinholz D, Comps. Muerte digna una oportunidad real. Memoria. México: Secretaría de Salud. Comisión Nacional de Bioética; 2008.
14. Soberón G, Feinholz D, Comps. Muerte digna una oportunidad real. Memoria. México: Secretaría de Salud. Comisión Nacional de Bioética; 2008.
15. Dionicio C. Bioética y paciente terminal: actitud del médico oncólogo. *Carcinos*. 2014; 4 (4): 12-18.