



ANIVERSARIO

ISSN 0798-1171

Depósito legal pp. 197402ZU34

Esta publicación científica en formato digital
es continuidad de la revista impresa



REVISTA DE FILOSOFÍA

***PRÁCTICAS SOCIALES Y PENSAMIENTO
TRANSFORMADOR: CONSIDERACIONES
EPISTÉMICAS Y ÉTICO-POLÍTICAS
ACTUALES***

Centro de Estudios Filosóficos
"Adolfo García Díaz"
Facultad de Humanidades y Educación
Universidad del Zulia
Maracaibo - Venezuela

Nº 101
2022 - 2
Mayo - Agosto

Revista de Filosofía

Vol. 39, N°101, 2022-2, (May-Ago) pp. 235 - 248
Universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela
ISSN: 0798-1171 / e-ISSN: 2477-9598

**Antropología Filosófica como sustento teórico del cuidado
paliativo en el paciente oncológico terminal**

*Philosophical Anthropology as Theoretical support for Palliative Care in
Terminal Cancer Patients*

Jimmy Fernando Malca Díaz

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2532-2124>
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
Chiclayo - Perú

Francisco Felizardo Reluz Barturén

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8951-1143>
Universidad Señor de Sipán
Chiclayo - Perú

Mirtha Flor Cervera Vallejos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4972-1787>
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
Chiclayo - Perú

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.6758015>

Recibido 18-02-2022 – Aceptado 14-05-2022

Resumen

Este artículo fundamenta los cuidados paliativos en el paciente oncológico terminal desde los criterios de la antropología filosófica. Los conceptos vinculantes antropofilosóficos y la praxis de las ciencias de la salud, son: cuidados paliativos, dignidad, sufrimiento corporal y espiritual, la muerte y las cuestiones bioéticas del tratamiento paliativo, aspectos que permiten al personal de salud reflexionar sobre el cuidado a este tipo de pacientes, ante la posibilidad de acompañarlos humanamente y con dignidad frente a la muerte que van experimentado, atendiendo inclusive a los familiares quien pueden afectarse con duelo patológico.

Palabras clave: Antropología Filosófica; Cuidados paliativos; Paciente oncológico terminal; Ética del cuidado; Dignidad humana.

Abstract

This article bases palliative care in terminal cancer patients from the criteria of philosophical anthropology. The binding anthro-philosophical concepts and the praxis of the health sciences are: palliative care, dignity, bodily and spiritual suffering, death and bioethical issues of palliative treatment, aspects that allow health personnel to reflect on care

*Esta obra está bajo licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0
Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)*

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

for this type of patients, given the possibility of accompanying them humanely and with dignity in the face of the death they are experiencing, even caring for family members who may be affected by pathological mourning.

Keywords: Philosophical Anthropology; Palliative care; Terminal cancer patient; Ethics of care; Human dignity.

Introducción

Se escucha a menudo que todas las personas merecen ser tratados dignamente, dando por sabido lo que necesita ser sustentado desde la antropología filosófica y la ética, sin embargo, se suele hablar desde el ámbito médico y de las ciencias del cuidado que los pacientes han de tratarse con respeto y dignidad, pero a veces cuánto dista de lo vivenciado, cuando estos son anonimizados, invisibilizados al no contar con seguro sanitario privado o público, o por su estado de enfermedad terminal, o cuando se trata de un paciente oncológico. Tales situaciones corpóreas no hacen que dejen de ser merecedores de un trato digno, requiriendo de cuidados paliativos, pero hay quienes, desde las políticas sanitarias, o el ejercicio profesional sanitario, consideran que este tipo de pacientes sean consideradas como gasto innecesario en clave utilitarista.

Ante esta problemática, el presente artículo pretende fundamentar los cuidados paliativos en el paciente oncológico desde las nociones antropofilosóficas, tales como persona, dignidad, sufrimiento corpóreo y espiritual, cuidados paliativos, muerte y sentido del sufrimiento. La controversia bioética no deja de lado a la antropología filosófica, porque los cuidados paliativos solo tienen sentido desde la comprensión de persona.

El concepto filosófico de persona desde las ciencias de la salud y el cuidado

Es sabido que el concepto de *persona* proviene del griego *prósopon* que comúnmente se traduce por *máscara* pero que, paradójicamente, significa más que apariencia la contextualización de las acciones humanas, la caracterización de la singularidad del ser humano a la par de la interdependencia social en recíproca comprensión, ideas tan necesarias de tener en cuenta para la praxis de las ciencias de la salud y el cuidado¹.

La revaloración de la multidimensionalidad del concepto *persona* se debe al planteamiento de Emmanuel Mounier, quien desde sus escritos *Révolution personaliste et communautaire*, publicado en 1935 y el *Manifeste au service du personnalisme* de 1936, enfatizaba la autonomía del ser y el actuar de la persona, incluso más complejo que la concepción de *humano* que se circunscribe a las acciones biofisiológicas. En efecto, el actuar humano no es solo instrumental que atiende a la necesidad, sino también valorativo, afectivo y recíproco, abierta a las posibilidades de la libertad, y esto es lo encierra el concepto de *persona*. Como afirma Mounier “la persona, siendo efectivamente, la presencia misma del hombre su característica última, no es susceptible de definición rigurosa... pero se trata

¹ RELUZ BARTURÉN, Francisco y CERVERA VALLEJOS, Mirtha. “Precisiones del concepto persona para la formación en las ciencias educativas y del cuidado”. *Revista Universidad y Sociedad*, 13(2), 2021, pp.134-140.

de una experiencia progresiva de una vida...”² Esto es muy importante de tener en cuenta para las ciencias de la salud y el cuidado, pues el paciente es ante todo persona y no solo complejidad biofisiológica enferma, el paciente no es una “cosa descompuesta”, cuya intervención del personal de salud tenga que “arreglar”, sino compleja vida humana en situación de enfermedad que necesita ser atendida, “curada” en el sentido heideggeriano del término *sorge*³, es decir, abordada con cuidado no como preocupación angustiada, sino como ocupación solícita, abnegada; o como precisa Caballero Bono respecto al término *fürsorge*⁴ si se hace referencia de “atender a otro”, “asistirlo”, “cuidar de él” nociones tan apropiadas al quehacer de los profesionales de la salud y el cuidado respecto a los pacientes-persona para no considerarlos pacientes-objetos o pacientes-código clínico, más aún en la circunstancia de estado terminal, donde se requiere del cuidado paliativo.

Precisando aún más el concepto persona, cabe mencionar que de manera común se entiende unívocamente junto a las denominaciones humano, individuo y sujeto, sin embargo, cabe una diferenciación analítica desde la filosofía. Respecto al término humano, derivado del latín *homo* -relacionado a su vez con *humus* (tierra fértil)- enfatiza la materialidad corporal y sus características biofisiológicas implicadas, designándonos como especie⁵, mientras que el concepto individuo proveniente de la clásica definición “sustancia individual de naturaleza racional” de Boecio⁶ hace referencia a las diferencias específicas de racionalidad y singularidad que hacen del ser humano un ser subsistente y único. De manera similar acontece con el concepto sujeto, atribuido al ser humano que, derivándose del latín *subjectum* y vinculándose con *substantiae*, sustancia-subsistencia, adquiere el sentido de ser con capacidad de proyectarse y con capacidad de intervenir sobre los objetos, dotándoles de sentido.

Las diferenciaciones conceptuales ayudan a entender que el concepto de persona implica la corporalidad biofisiológica de la especie, las características singulares e irrepetibles de cada individuo, al mismo tiempo de su acción proyectiva a la realidad en la que interviene comprendiéndola, transformándola o dotándola de sentido. Desde esta perspectiva, el paciente oncológico terminal, pese a su estado, debe ser atendido por el profesional de la salud bajo el criterio de parsimonia del *sorge-fürsorge* fenomenológico existencial y en comprensión personalista de multidimensionalidad sistémica integrada que su singularidad de condición reclama.

La dignidad de la persona en los cuidados paliativos

La dignidad de la persona como principio axiológico insustituible halla su sustento inicial en la argumentación de Pico de la Mirandola para quien el valor de la dignidad, intuye

² MOUNIER, Emmanuel. *Manifiesto al servicio del personalismo*, Trad. Julio Gonzáles Campos. Editorial Taurus, Madrid, 1972, p.37

³ HEIDEGGER, Martin. *Ser y tiempo*, Trad. Jorge Eduardo Rivera. Fondo de Cultura Económica, Madrid 1987, pp. 217-219

⁴ CABALLERO BONO, José Luis. “La «cura» de Heidegger como una clave para el debate ecológico”. *Revista Pensamiento*, vol. 75, 283, 2019, p.351.

⁵ Oxford Languages, Digital dictionary, 2020. S/P

⁶ BOECIO, Manlio Severino. *The theological tractates: The Consolation of Philosophy*. Trad. Pedro Rodríguez Santiadrían. Alianza Editorial, Madrid, 1999, p.131.

desde el contexto del renacimiento, recae en los criterios de autonomía y responsable libertad de la propia persona bajo la dinámica generación-degradación mediante su acción, expresa: “No te he hecho ni celeste ni terreno, ni mortal ni inmortal, con el fin de que tú, como árbitro y soberano artífice de ti mismo, te informases y plasmases en la obra que prefirieses... Podrás degenerar en los seres inferiores que son las bestias, podrás regenerarte, según tu ánimo, en las realidades superiores que son divinas”⁷ de tal manera que, aplicándose a la atención del paciente oncológico terminal, la actitud y acción sanitarias puede oscilar entre el maltrato perverso y la indiferencia insensible que obvia o niega el valor de dignidad o la atención cuidadosa que la valora. De manera parecida acontece desde la óptica del propio enfermo terminal: su degradación natural puede estar acompañada de una degradación psico-espiritual por una actitud de sinsentido y desánimo, o -sintiéndose acompañado en su dolor y finitud- asumir una oblativa disposición de sana resignación o incluso abierta a la esperanza, dotando de sentido su condición actual, dignificando su ser aún en estado de enfermedad.

Sin embargo, quien argumenta con contundencia en torno a la dignidad de la persona es el filósofo Immanuel Kant. En efecto, en su *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, hace recaer el valor de la dignidad en la noción de buena voluntad o *carácter bueno* sin la cual, incluso las actitudes más deseables podrían ser triviales o incluso nocivas para el propio hombre⁸, considerando que sea la autonomía de la razón quien junto a la buena voluntad sustenten la propia dignidad humana como un fin en sí mismo y nunca como un medio, refiere el filósofo de Königsberg: “como... nos ha sido concedida la razón como facultad práctica, es decir, como una facultad que debe tener influjo sobre la voluntad, resulta que el destino verdadero de la razón tiene que ser el de producir una voluntad buena, no en tal o cual respecto, como medio, sino buena en sí misma, cosa para lo cual era la razón necesaria absolutamente, si es así... Esta voluntad no ha de ser todo el bien, ni el único bien; pero ha de ser el bien supremo y la condición de cualquier otro”⁹. Por consiguiente, es cierto que, el cuidado al paciente terminal requiere de la autonomía de la razón dispuesta a la buena voluntad de atender dignamente más allá de la conmiseración sino bajo la máxima de ejercicio como ley universal, sin ninguna condición¹⁰, el paciente terminal es persona y su atención es un fin en sí mismo y nunca un medio.

La valoración en la dignidad de la persona es donde reside la justificación de los cuidados paliativos, reconociendo que la dignidad es característica intrínseca e inherente de la persona humana. En cuanto tal, desde la antropología personalista, la dignidad acontece en la persona porque esta es substancia subsistente, es decir, que es base permanente a pesar de los cambios accidentales que pueda afectar a la persona (por ejemplo, sigue siendo persona a pesar del accidente enfermedad oncológica); además, por ser indivisa incomunicabilidad, cada persona siendo única e irrepetible, sus características

⁷ DE LA MIRANDOLA, Pico. *Discurso sobre la dignidad humana*. Trad. Adolfo Ruiz Díaz. Editorial Pi, Colombia, 2006, pp.5-6.

⁸ KANT, Immanuel. *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten* (Fundamentación de la Metafísica de las costumbres) Trad. Manuel García Morente, Edición Pedro Rosario, Puerto Rico, 2007, pp.7-8

⁹ Ibid, p.10

¹⁰ Ibid, p. 75

singularmente propias no pueden ser transferidas, por lo que, al poseer la persona naturaleza y condición, siendo principio de operaciones, la dignidad se constituye en su más preminente valor.

En este sentido, la dignidad de la persona involucra que, cada una posee un valor irremplazable singular, cualitativamente distinta al de cualquier otra criatura existente e incluso de cualquier otro semejante, de ahí que la dignidad sea su valor más propio y eminente en el que muchos otros valores hallan su integración¹¹dándole un talante perfeccionador de su ser como un valor ontológico y no de reconocimiento por consenso, por ello, la dignidad pertenece a la persona, no a las especiales condiciones de su vida como la enfermedad¹², de allí que existan “preocupaciones” en el sentido de atención en el autoestima del paciente y su afrontamiento de las restricciones impuestas por la enfermedad, con la autonomía y el cuidado, pues más allá de las normativas jurídicas, sociales y políticas implicadas¹³ todas las personas son merecedoras de respeto y cuidado hasta el último instante de vida, ya sea por muerte natural o a causa de una enfermedad crónica degenerativa como el cáncer.

El discernimiento sobre la propia dignidad es concomitante a la intuición sobre el propio ser y vivir al momento de auto percibirse. La autopercepción referida es a la experiencia de la propia compasión, que hay en cada persona¹⁴ lo cual indica que todos somos conscientes de nuestra propia dignidad, pero lo que hace falta es reconocer la que existe en los demás, este aspecto de la sensibilidad axiológica es la que se debe insistir desde la formación inicial de los profesionales de la salud y el cuidado¹⁵ para que cuando llegue el tiempo del ejercicio profesional sea la prioridad en la atención, más aún en contextos de cuidados paliativos en pacientes terminales.

En efecto, los cuidados paliativos promueven y respetan la dignidad, al reconocer que el paciente en fase terminal necesita recibir un buen trato por parte del personal de salud, además del afecto de sus familiares. En conjunto, todo esto le permite sentirse persona en toda la magnitud de la palabra. Una atención que protege la dignidad abarca no solo lo que se hace por el paciente, sino también cómo se ve al paciente; indudable con acciones asistenciales concretas, así como actitudes y comportamientos integrales que conserven la dignidad del paciente¹⁶. Mediante la acción del cuidado de la vida humana y de la asistencia

¹¹ TOMÁS Y GARRIDO, Gloria & POSTIGO Elena. (Eds.). *Bioética personalista: Ciencia y controversias*. Ediciones Internacionales Universitarias, Madrid, 2007, p.55

¹² SÁNCHEZ-CÁMARA, Ignacio. “El valor y la dignidad de la vida terminal. Prolegómenos filosóficos para una crítica de la eutanasia”. *Cuadernos de Bioética*, 30(98), 2019, pp.43-53.

¹³ ESTEVES, Marinete., DE GOES, Marina., TEXEIRA, Suzana., TAVARES, Ricardo & FRANCK Ednalda. “Perception of dignity of patients in palliative care”. *Text & Context Nursing*, v.28, 2019, pp. 1-15.

¹⁴ TOMÁS Y GARRIDO, Gloria & POSTIGO, Elena. *op.cit.* p.47

¹⁵ RELUZ, Francisco. *Valores y moralidad en la formación médica. Una experiencia en investigación*. EAE, Mauritius, 2017, p.79.

¹⁶ ÖSTLUND, Ulrika., BLOMBERG, Karin., SÖDERMAN, Annika., WERKANDER, Carina. “How to conserve dignity in palliative care: suggestions from older patients, significant others, and healthcare professionals in Swedish municipal care”. *BMC Palliat Care* 18, 10, 2019, pp.1-12.

paliativa se dignifica el proceso del morir, de ahí que la manera adecuada de ayudar a morir al enfermo es cuidándolo y no ayudándolo a terminar con él¹⁷.

La norma personalista de la acción implica que la persona, por su valor intrínseco, solicita ser tratada con un tipo de afecto no-instrumental, por lo que se hace necesario conservar variedad de acciones e interrelaciones naturales, sociales y profesionales. Concebirse como persona exige saber relacionarse. Cuando la persona enferma nota que es dejado de lado o tratado como objeto advertirá que su dignidad no es considerada¹⁸.

La persona enferma de cáncer, el sufrimiento corpóreo y los cuidados paliativos

En primer lugar, es necesario comprender que la persona enferma de cáncer atraviesa por varias etapas desde su diagnóstico y, cuando ningún tratamiento médico más podría ser efectivo, llega a la fase terminal, requiriendo los cuidados paliativos. Cuando existe una fase terminal es porque la muerte es irrevocable y cercana, los tratamientos fijados carecen de valor¹⁹, la enfermedad tiene un tiempo de vida que fluctúa entre horas y meses; persiste una decadencia clínica, detrimento funcional y finalmente la metástasis²⁰, entonces ante la imposibilidad de curar al enfermo, existe la necesidad prioritaria de apaciguar el sufrimiento, no sólo por ser una obligación ética, sino que, además, evidencian positivamente que las acciones paliativas no van en contra de normativas legales siendo pertinentes a la valoración del paciente, los familiares y el profesional de salud que ejerce el cuidado.

La enfermedad, cualquiera que esta sea, es una limitación óptica del ser viviente, formando parte constitutiva de la dinámica desarrollo-degeneración a la que se está sujeto como viviente en su finitud y dependencia. A la enfermedad se encuentra asociada como característica, el sufrimiento generado por el dolor que le causa, suscitando los cuestionamientos existenciales que pueden ser abordados por la antropología filosófica.

Respecto a la enfermedad, Gadamer la comprende como el *estado oculto de la salud*, es decir como aspecto que es comprendido desde el estado de bienestar biofisiológico, pues la enfermedad de alguna manera permanece en estado de latencia dentro de ella²¹ generando sufrimiento y dolor. Al respecto, Calderón revela que las experiencias dolorosas yacen en el subconsciente, como también lo serán las actitudes y la atención recibida, no sólo a la enfermedad, sino a todo lo que surge como corolario de tener cáncer²². Si el paciente recibe

¹⁷ ZURRIARÁN, Roberto, "Aspectos sociales de la eutanasia". *Cuadernos de Bioética*, 30(98), 2018, p.27.

¹⁸ LEÓN, Francisco Javier. *Bioética razonada y razonable*. Fundación Interamericana Ciencia y Vida. Santiago de Chile, 2009, p.132.

¹⁹ CENTENO, Carlos., GÓMEZ, Marcos., NABAL, María., y PASCUAL, Antonio. *Manual de Medicina Paliativa*. EUNSA, Navarra, 2009, p.23

²⁰ GRIEBELER, Franciele., OLIVEIRA, Stefanie., ZEPPINI, Giudice., PELLEGRINI, Vanessa., & TIMM, Adrieli., Definitions for "palliative care", "end-of-life" and "terminally ill" in oncology: a scoping review. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 9(2), 2020, pp.205-228.

²¹ GADAMER, Hans George, *Über die Verborgenheit der Gesundheit*, Trad. Nélica Machain, Editorial Gedisa, Barcelona, 2001, p.119-120.

²² CALDERÓN, M. C. "La relación médico-paciente: la base bioética de la experiencia ante el cáncer". *Revista CONAMED*, 24(S1), 2019, p.39.

un buen trato y las acciones están encaminadas a enseñarle a convivir con la enfermedad, marcarán la diferencia en su complicado proceso, a pesar del sufrimiento y el dolor, su enfermedad será más llevadera, tanto para él como para su familiar acompañante y personal de salud al servicio, el enfermo debe concebir en su cuidado que es reconocido en su dignidad pese a su condición de paciente. Esto no será comprendido por los profesionales de la salud sin una sólida formación en antropología filosófica y en bioética clínica, caso contrario podría no cuidar al paciente de acuerdo a la atención que requiere.

De este modo, surgen los cuidados paliativos, que permite en medio de la circunstancia adversa como el cáncer, calidad de vida con atención y cuidado que en algo alivie al sufrimiento, tratos del familiar acompañante y del personal de salud que permite que las personas vivan, los días que les quedan, con sensatez (...) con los síntomas controlados; con decoro, en su domicilio o en el sitio lo más semejante posible, rodeados de amigos y familiares que los aman y aprecian²³.

A partir de lo expresado acerca de la enfermedad terminal, el sufrimiento corpóreo y el cuidado paliativo se encuentran varios aspectos vinculantes principalmente con la ética del cuidado humanizado de corte antropofilosófico y la ética del cuidado desde la perspectiva de lo sociopolítico. En ambos sentidos cabe entender que cuidado es ante todo encargarse de la protección, el bienestar o mantenimiento de algo o de alguien²⁴, mientras que ética del cuidado se comprende como la disciplina que se ocupa de las acciones responsables y de las relaciones morales entre las personas, motivadas por una solicitud, y que tienen como fin último lograr el cuidado de sus semejantes o el suyo propio²⁵.

Respecto a la primera perspectiva, que se remonta al *non nocere* (no dañar) y *bonum facere* (hacer el bien) hipocráticos, pasa filosóficamente por Kant en la argumentación del hombre como fin y nunca como un medio, e incluso por el confesionalismo de Kierkegaard al considerar como enfermedad mortal tanto corpórea, psíquica y espiritual a la desesperación²⁶, que es generada por situaciones de enfermedad terminal, o ya en lo contemporáneo a través de la ética médica de Sgreccia mediante de la relación personal sanitario-presente personalizada y empática²⁷, además del enfoque de Mayeroff para quien cuidar al otro significa también animarlo a la autorrealización implicando dedicación, paciencia, confianza, conocimiento del otro y por supuesto el respeto al paciente y sus propios procesos, siendo el cuidado una actividad imbuida de valores, aunque muchas veces recae en errores, falta de interés e insensibilidad²⁸ totalmente evitables.

²³ CENTENO, Carlos., GÓMEZ, Marcos., NABAL, María., y PASCUAL, Antonio; *op. cit.* p.29

²⁴ FRY, Sara. *La ética en la práctica de la enfermería. Guía para la toma de decisiones éticas*. Consejo Internacional de Enfermeras, Ginebra, 1994, p.37.

²⁵ ALVARADO, Alejandra. La ética del cuidado. *Revista Aquichan*, 4 (4), 2004, p.30

²⁶ KIERKEGAARD, Søren. *La enfermedad mortal*, Trotta, Madrid, 2008; pp. 36 ss.

²⁷ SGRECCIA, E. Non archiviare l'impegno per la umanizzazione della medicina. *Medicina e Morale* 2, 1986. p. 268.

²⁸ MAYEROFF, Milton. *On Caring*. Harper & Row, Publishers, New York, 1971, p.27

Atendiendo a la segunda perspectiva de ética vinculante, el cuidado es también una práctica de ciudadanía democrática de alcance igualitario al hecho de recibir y dar cuidado²⁹ que parte, incluso, del acceso al vital derecho de atención a la salud, y que, en el caso del paciente oncológico terminal, siendo más vulnerable a la afectación de sus derechos más de las veces se ven conculcados o abandonados negligentemente por diferencias sociales o ideológicas de modo lamentable, cuya ocurrencia no ha de suceder de modo alguno, y es lo que viene sucediendo en la imperante sociedad contemporánea altamente mercantilizada.

Sufrimiento espiritual en la enfermedad terminal

Se debe entender que el paciente oncológico no solo sufre corporalmente, sino que también vive un constante sufrimiento espiritual, sea creyente o no, ocasionado por la enfermedad terminal y por ser consciente de su inminente muerte, por lo que también se requiere de una atención y cuidado espiritual, paliativo, por parte del familiar acompañante y del profesional de la salud, para que el sufrimiento y la desesperación -en el sentido de Kierkegaard- no lo aturda y debilite aún más.

Hay que tener en cuenta que la consideración de sufrimiento y cuidado espiritual, bajo el concepto de consuelo y confort en la atención paliativa, no solo acontece desde una perspectiva religiosa o confesional, sino que ha de serlo en humanidad. En efecto, existen personas y sus familias que no asumen una determinada creencia de fe, en la que la experiencia vivencial de esta dimensión humana de sufrimiento o atención de consuelo-comfort, acontece desde una comprensión filosófica de la misma, asumida como confianza plena, de convicción racional, que los motiva a vivenciarse íntegramente conforme a principios ético-morales, desde la conciencia moral racional e incondicionada, tal como lo propone Kant cuando afirma que la doctrina de la virtud tiene consistencia por sí misma debiendo ser cumplida per se, mientras que el de la piedad religiosa está condicionada como medio para alcanzar otra cosa, como puede ser acallar el sentimiento de culpabilidad³⁰. Por lo que, desde la perspectiva kantiana puede inferirse que el cuidado paliativo y alivio a su sufrimiento del paciente terminal ha de seguirse, si no es desde la convicción religiosa desde la convicción racional de cumplimiento de la moralidad.

El sufrimiento es más complejo que el dolor, Cyrulnik refiere que mientras el dolor puede ser pasajero, el sufrimiento se hace constante teniendo un carácter más actitudinal, en ambos casos, para la persona que los vivencia, puede cambiar sus emociones e incluso su comprensión del mundo, por lo que se necesita de facto un acompañamiento de quien siente dolor o sufre siendo toda una compleja estructura psicológica³¹, sin embargo, Monge considera que existe un grado moderado de dolor físico, que no se puede llamar sufrimiento como por ejemplo de un golpe al chocar con algo, o un dolor de cabeza que pasa con un analgésico, el sufrimiento, en cambio es permanente, afecta a la persona entera, a su familia

²⁹ CORTÉS, D. A., y PARRA, G. "La ética del cuidado. Hacia la construcción de nuevas ciudadanías". *Psicología desde el Caribe*. Universidad del Norte. Vol. 23, 2009, p.193.

³⁰ KANT, Immanuel. *Die Religion Innerhalb der Grenzen der blossen Vernunft*. Trad. Felipe Martínez Bersoa, Alianza Editorial, Madrid, 1981, p.180.

³¹ CYRULNIK, Boris. *La Maravilla del Dolor. El Sentido de la Resiliencia*. Granica, Barcelona, 2001, p.15.

y su situación se encuentra totalmente comprometida³², además, el dolor físico, señala Monge puede tener como origen un dolor o sufrimiento espiritual, entendiendo a este no solo en perspectiva de fe, sino también en clave psicológica. El sufrimiento espiritual se patentiza más en el paciente oncológico terminal, ante quien, como refieren Centeno, Gómez, Nabal y Pascual, quien sufre, por la propia naturaleza del sufrimiento, pide acompañamiento. La enfermedad incurable parece exigir a otra persona al lado, cercana, que le ofrezca unas palabras de consuelo o escudriñar algún remedio aliviador³³.

El acompañamiento del paciente oncológico durante el final de la vida forma parte de los cuidados paliativos. En realidad, nadie está exento a la experiencia de dolor, al mismo tiempo común y misteriosa. El dolor y el sufrimiento acompaña a la persona humana a lo largo de la vida estando presente en ella de manera circunstancial o a veces más o menos constante en las enfermedades crónicas, por ejemplo; compañía que solo concluye con la muerte. Aunque esto suele sonar desalentador, no deja de ser una realidad. En el paciente oncológico, el sufrimiento que normalmente acompaña la vida se ve intensificado por la enfermedad y su situación experimentada.

A pesar de ello, es adecuado precisar que, desde la filosofía personalista, el sufrimiento no es equivalente a infelicidad así como, por lo contrario, la felicidad tampoco presume la ausencia de dolor; en la experiencia existencial, incluso hay quienes, padeciendo una difícil enfermedad, encuentran en ella el sentido de trascendencia e intensidad vital, que no lo hubieran hallado estando sanos, ya que la enfermedad -como refiere Gadamer- es el estado oculto de la salud, solo ante la conciencia de la enfermedad, el dolor y el sufrimiento que toca propio o cercano, la vida recobra una valoración excepcional y trascendente. El estado de salud, aparece fenomenológicamente muy tenue, prácticamente desapercibida ante el diario ajetrear.

Para el personalismo filosófico el sufrimiento en sí mismo no tiene sentido ni es anhelada per se, solo es aceptado como parte de la experiencia de humana, por lo que requiere dotar de sentido, para que lo que se requiere la aceptación por la persona que sufre. Esto suele ocurrir en una fase terminal de la enfermedad o desahucio cuando el paciente aún está consciente. Aquí definitivamente, es crucial el aspecto de la fe, que permita comprender el sufrimiento del paciente oncológico en su intimidad personal, donde ningún ser humano puede controlar del todo, tendiendo un puente hacia la trascendencia. Refiere García que el padecimiento doloroso, visibiliza las limitantes accidentales de la persona, pero que a apertura a la infinitud y a la trascendencia de Dios del creyente³⁴ o exigencia de sentido en quien carece del aspecto de fe como experiencia humana.

En realidad, en los momentos de mayor sufrimiento surge la necesidad espiritual de aferrarse a lo trascendental. “Los pacientes terminales (...) indagan hallar un sentido a lo

³² MONGE, Miguel Ángel. “Antropología del sufrimiento. El sentido humano y cristiano del dolor”, p. 142. En: CAMBAYES & MONGE (Eds.). *La salud mental y sus cuidados*. EUNSA, Navarra.

³³ CENTENO, Carlos., GÓMEZ, Marcos., NABAL, María., y PASCUAL, Antonio. *op. cit.* p.33.

³⁴ GARCÍA, José Ángel. *Antropología filosófica. Una introducción a la Filosofía del Hombre*. EUNSA, Navarra, p.234.

que les está pasando, inexcusablemente a ellos: encontrar en medio de la desesperanza y depresión, el sentido del sufrimiento, del dolor y, en definitiva, de su propia muerte”³⁵, son acontecimientos que no llegan a ser comprendidos a primera vista. Si bien es cierto que la religión no es el único aspecto dentro de la dimensión espiritual de la persona humana, constituye una parte muy importante de la misma. Para el paciente creyente en una confesión de fe, Dios es quien logra reconfortarlo en tales situaciones y, muchas veces, le ayuda a direccionar el sentido de su sufrimiento, hasta el punto de ofrecerlo por sus seres queridos. Los pacientes oncológicos que tienen una perspectiva de fe logran vivir en paz hasta sus últimos días concibiendo que la muerte y la nada no son el final de su existencia.

El paciente oncológico necesita de apoyo espiritual como parte de los cuidados paliativos para que su estancia sea sostenida y guiada ya sea en perspectiva de fe ya religiosa o solo psicológica a fin de que caiga en la depresión. Como el paciente en fase terminal sufre mucho, es inevitable que crea que su situación desafortunada y sentir culpabilidad. Un guía espiritual debe ayudarlo a ver en ese sufrimiento la oportunidad de conectarse más con lo trascendente. “Al buscar un esclarecimiento adecuado, casi siempre se remite a un sentido trascendente de la vida humana. (...) las personas que participan de una formación ético-religiosa del misterio del sufrimiento, son capaces de una profunda reflexión acerca de su significado”, refiere Monge³⁶. Por consiguiente, frente al sufrimiento que vive el paciente oncológico, “el alivio del sufrimiento en la etapa final de la enfermedad, reconocido en los últimos años como un derecho universal del ser humano, es una de las trascendentales misiones de la medicina”³⁷. Una vez que se ha reconocido que la persona no es un ser que se reduce a lo corpóreo, sino que es multidimensional, y en ello se incluye también lo espiritual, precisa brindarle este tipo de apoyo, incluso es recomendable que quienes asumen la tarea de las profesiones de salud, tengan o no una convicción de fe, atiendan al paciente terminal con el mismo cuidado y parsimonia en atención a su dignidad, atendiendo con altura científica, humana y técnica el sufrimiento, que como se ha argumentado no es solo corporal³⁸.

No obstante, el personal de salud muchas veces no toma en cuenta la dimensión espiritual del paciente, a pesar de saber que trabajarla es una necesidad del enfermo. En estos casos, se evidenciaría la falta de competencias emocionales transversales omitidas en la formación, puesto que, para cualquier profesional de la salud, el medio principal de soporte espiritual es la relación personal comprometida que establece con el paciente y que le ayuda con las habilidades de comunicación como la escucha activa, el silencio, las preguntas reflexivas, el ánimo y la parsimonia; en definitiva, la comunicación adecuada es fundamental para que el tratamiento paliativo sea completo.

Para la antropología filosófica personalista el sentido de la existencia humana y la muerte inevitable no se excluyen mutuamente y son experimentadas a la vez,

³⁵ LEÓN, Francisco Javier. *op. cit.* p.130-131.

³⁶ MONGE, Miguel Ángel. *op. cit.* p.146.

³⁷ CENTENO, Carlos., GÓMEZ, Marcos., NABAL, María., y PASCUAL, Antonio. *op. cit.* p.17

³⁸ *Ibid*, p.239

comprendiendo que las preguntas sobre el sentido de la vida humana solo son posibles responder en plenitud desde una perspectiva espiritual, lo cual -en el caso del paciente oncológico terminal, los familiares y personal de salud- cooperan a humanizar el final de la vida del paciente, y evitando, además, que la familia pase por duelos patológicos. Por lo antes mencionado, el apoyo espiritual ha de ser reevaluado, pues alivia el sufrimiento de los pacientes y familiares, porque ante enfermedades incurables, les ayuda a encontrar sentido a la vida y afrontar con dignidad el final de esta; por eso hay quienes recomiendan la creación de una unidad de cuidados paliativos tanto para infantes como para adultos, ser equipado y decorado según edad para que el hospital sea lugar más reconfortante para vivir los últimos días con dignidad junto al familiar acompañante³⁹.

La muerte: realidad inevitable

La muerte, desde la fenomenología en general es siempre -paradójicamente- una experiencia ajena. Desde lo cotidiano se vivencia indirectamente cuando mueren otros tratando de eludirla o impacta en lo absurdo del dolor cuando toca cerca por el fallecimiento de un familiar, pariente o amigo; sin embargo, desde la comprensión filosófica se repara que la muerte es realmente el acompañante diario, no en el sentido de fatalidad angustiada sino como experiencia natural porque cada momento que ya se vivió es tiempo que se dejó de existir, por lo que se considera la intensidad de la vida como asume la fenomenología existencial de Heidegger en *Ser y tiempo* al afirmar que la muerte es la posibilidad más propia del *ser-ahí*⁴⁰, por lo contrario, como contingencia, sentido de descanso y apertura a la trascendencia en la fenomenología teísta de Wojtyła, para quien la vida de la persona supera a la muerte como finitud de lo corpóreo⁴¹. En ambos casos cumple un rol fundamental la vida en autenticidad para que la vivencia existencial de la muerte sea redificadora.

En el caso del paciente oncológico, conforme progresa la enfermedad terminal, es difícil ser conscientes de que pronto llegará el momento de la muerte, tema evitado y muchas veces comprendido como frustración por el equipo de salud y la misma sociedad, el morir y la muerte son tratados como algo a rechazar, negar y esquivar⁴², aunque se sabe anticipadamente que es imposible. De igual forma, debe considerarse que la muerte suele presentarse como una fatalidad, puesto que antropológicamente censura radicalmente el existir humano y la contingencia de una efectiva libertad. En el caso de persona con cáncer, la muerte se percibe más como la pérdida total de la salud, el bien corpóreo más alto, por el cual un cuerpo vivo se hace incapaz de seguir ejecutando acciones vitales de forma definitiva o irreversible, por ello es que generalmente se teme morir como un reflejo del instinto básico de auto conservación. El hombre, como parte de su naturaleza humana, teme a la muerte

³⁹ VEGA, María., DÍAZ, Rosa., CERVERA, Mirtha., RODRÍGUEZ, Lisseth., TEJADA, Sonia., GUERRERO, Soledad. "Amabilidad, confort y espiritualidad en los cuidados paliativos oncológicos: Aporte para la humanización en salud". *Cultura de los Cuidados* Vol.24 (58), 2020, pp.42-55.

⁴⁰ HEIDEGGER, M., *Sein und Zeit*, trad. de Jorge Eduardo Rivera, Editorial Trotta, Madrid, 2003, p.282

⁴¹ WOJTYLA, Karol. *Mi visión del hombre tm.2.*, Ediciones Palabra, Madrid, 2005 p.319.

⁴² WAINER, Rafael. "Acompañando a la gente en el último momento de su vida: reflexiones en torno a la construcción paliativista de la Dignidad en el final de la vida". *RUNA, Archivo Para Las Ciencias Del Hombre*, 28(1), p. 134.

aun significando un límite natural. No obstante, el paciente oncológico que no ha encontrado sentido a su sufrimiento le teme aún más, ya que la siente más próxima e inminente.

La muerte propiamente dicha, en clave de la fenomenología de Heidegger, es el complemento y característica de completitud de la vida, puesto que la acompaña siempre, sin embargo, para el personalismo sería no solo eso sino apertura a la trascendencia en el cual la persona previamente puede encontrar sentido a su existencia, y acompañarse con una mirada más allá de lo corporal. En lo peculiar de la persona con cáncer, la muerte se empodera incluso mucho antes de que acontezca, de ahí que los cuidados paliativos son organizados en el caso de enfermedades desahuciadas, cuya conquista irrevocable converja en un proceso de defunción menos traumática o dolorosa. Por el contrario, a veces evitar dialogar o afrontar el tema de la muerte solo arrastra más daño para los pacientes, las familias y también para el profesional, que entra en conflicto consigo mismo, lo que genera sentimientos complejos y mayores dificultades para trabajar⁴³. En efecto, reconocer que somos seres finitos permite que las personas replanteen su existencia, y aceptar que la muerte es un hecho natural que ocurrirá en cualquier momento. Sin embargo, cuando se padece de una enfermedad terminal, la persona sabe que, conforme pasen los días, su muerte estará cada vez más próxima. “El enfermo con cáncer, sin embargo, tiene interioridad y la finitud de su vida es incorporado con antelación, saber que la vida termina hace viable objetivarla y –hasta cierto punto– asumirla en el marco de un proyecto personal”⁴⁴.

Cuestiones bioéticas del tratamiento paliativo

Finalmente, razonar acerca de las cuestiones bioéticas del tratamiento paliativo como declaran Tomás y Garrido y Postigo⁴⁵ ascienden y resuelven en un plano filosófico donde el análisis antropológico tiene mucho que aportar, sobre todo el análisis de la corporalidad humana. Además, como afirma Calderón “la bioética práctica, en el mundo del cáncer ayuda a penetrar en el escenario donde las disposiciones son procesadas por un análisis ético. (...) operaciones dirigidas a asistir el modelo de comunicación, la toma de decisiones, el respeto a la dignidad”⁴⁶.

Asimismo, por su formación bioética se debe exigir la coherencia del actuar en la relación con los demás a los profesionales de la salud y el cuidado, de tal manera que en el pleno uso de su libertad puedan y sepan situarse en la disponibilidad al servicio de los más frágiles es un espacio constitutivo de la bioética personalista. Punto destacable, ya que existen países en Latinoamérica donde aún no se toman muy en cuenta los cuidados paliativos intrahospitalarios, puesto que cuenta con menores proporciones de equipos de Cuidados paliativos por población, 0,58/millón de habitantes en promedio. En algunos casos, es probable que se considere innecesario ayudar a personas que, de todos modos, están próximas a morir y, por ende, ya no serán útiles para la sociedad. Esta es la postura de

⁴³ ALVES, Railda., NASCIMENTO, Elizabeth., CÉZAR, Gabriella., OLIVEIRA, Miryan. “Cuidados Paliativos: Alternativa para o Cuidado Essencial no Fim da Vida”. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39, 2019, p. 12.

⁴⁴ GARCÍA, José Ángel. *op. cit.* p.244.

⁴⁵ TOMÁS Y GARRIDO, Gloria & POSTIGO Elena. *op. cit.* p.71

⁴⁶ CALDERÓN, M. C. *op. cit.* p.35

la bioética utilitarista, que es contraria al argumento anteriormente expuesto en relación a la dignidad intrínseca de la persona humana hasta el final de la vida.

Por ello, es importante reconocer que los profesionales de la salud sean formados integralmente, de tal manera que su actuar esté avalado por la ciencia, la técnica y la por la ética, contribuyendo al acercamiento al mundo del enfermo, sabiendo y respetando sus necesidades, su afectividad, y la manera como aprecia y desafía su propia situación de afronte ante el dolor, la enfermedad, el sufrimiento y la muerte. De este modo, los cuidados paliativos no pretenden alargar la vida del paciente, ni mucho menos llegar a una obstinación terapéutica. Más bien, pretenden brindar calidad de vida y atenuar las molestias propias del proceso de morir. Ante la obstinación terapéutica el extremo opuesto es el abandono terapéutico. Tanto lo uno como lo otro se supera con una praxis adecuada del quehacer del profesional sanitario, de tal manera que, el principio terapéutico o de beneficencia, así como el principio de autonomía, y principalmente el respeto irrestricto a la vida y la dignidad han de constituirse en los principales aspectos que tome en cuenta el profesional de salud al momento de brindar los cuidados paliativos.

Una de las principales situaciones en las que intervienen estos principios bioéticos es al momento de informar a un paciente oncológico sobre su muerte. Esto es algo muy difícil tanto para los profesionales de salud como para los familiares. “Una circunstancia habitual y reprobable desde la ética, es la inadvertencia de la verdad a un enfermo que anhela saberla. Muchos pacientes terminales pretenden conocer su realidad y dialogar sobre su muerte con los profesionales que los cuidan”⁴⁷. A veces, el paciente pregunta por qué se siente cada día peor, qué es lo que le ocurre. Cuando la familia decide ocultarle al enfermo lo que él mismo está viviendo, el profesional de la salud se encuentra en un dilema ético, y ocurre la conspiración del silencio. En realidad, la bioética indica que “lo primordial engloba que el enfermo sepa que se está muriendo. Con ello tiene la oportunidad de resolver sus asuntos, tomar sus disposiciones, cumplir sus promesas o simplemente despedirse. Se tiende con excesiva frecuencia a ocultar el diagnóstico”⁴⁸. Es necesario que el personal de salud concientice a la familia sobre la importancia de que el paciente oncológico sepa que su muerte se acerca y debe prepararse para acogerla con alegría. Para ello, se requiere de estrategias de comunicación adecuadas para tener idoneidad al dar este tipo de noticias. Cuando una persona sabe que le queda poco tiempo de vida, le busca un sentido a la misma y a su muerte, desea ordenar sus pensamientos, despedirse y prepararse espiritualmente para cuando llegue el deceso.

Conclusiones

Los cuidados paliativos son un enfoque de atención sanitaria necesaria y justificada y en sus conceptos fundamentales pueden ser sustentados desde una antropología filosófica personalista. Promover la calidad de vida de los pacientes terminales a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, está justificado en la dignidad intrínseca de la persona

⁴⁷ LEÓN, Francisco Javier., *op. cit.* p.143

⁴⁸ *Ibid.*, p.131

humana, en sí misma, por ser merecedora de respeto y cuidado hasta el final de su vida, sobre todo si es a causa de una enfermedad crónica degenerativa como el cáncer.

En el sufrimiento a nivel corpóreo, el paciente oncológico también vive un constante sufrimiento espiritual, intensificado por la enfermedad. En este punto, convergen perspectivas, algunas que se consideran fundamenta la ayuda desde la fe religiosa y otras en las que, desde una perspectiva de increencia, consideran vital el apoyo de la fe racionalizada y la convicción vivencial de preceptos ético-morales; sin embargo, en ambos casos, es el enfermo el centro de atención y cuidado que requiere ser atendido con parsimonia. Equivocadamente, la muerte es un tema que muchas veces es evitado, cayendo en la conspiración del silencio. No obstante, reconocer que somos seres finitos nos hace replantearnos nuestra existencia y aceptar que la muerte del cuerpo es un hecho natural, pero el alma espiritual es inmortal. De allí es oportuno que, al momento de actuar, el personal de salud tome en cuenta principios bioéticos, como el de beneficencia y el de autonomía.

Particularmente, se asume que los cuidados paliativos son prácticas adecuadas para ser implementadas como políticas necesarias de inclusión por los estados tanto a nivel de la atención primaria como en los hospitales especializados. Además, deben ser considerados como competencia transversal ineludible en la formación de los profesionales de la salud, siendo la dimensión espiritual la más descuidada, aspecto que requiere seguir siendo investigado, pues el dolor y sufrimiento son características inherentes de lo humano, los cuales se exacerbaban en circunstancias de experiencias límites como es el caso de una enfermedad terminal.

Con ello, estudiar el fundamento antropológico de los cuidados paliativos permite reflexionar y sensibilizar a los involucrados alrededor del paciente oncológico terminal ante el sufrimiento de las personas cuando enferman, principalmente, cuando están enfrentando la muerte. Comprender las cuestiones antropofilosóficas y éticas referidas a los cuidados paliativos de los pacientes oncológicos terminales, puede permitir al profesional de la salud afrontar la experiencia del dolor y sufrimiento del otro, la muerte, la dignidad de la persona y la vulnerabilidad humana de una forma correcta, sobrepasando limitantes erróneas muchas veces asumidas por sesgos sociales, que una vez superadas, fortalece la visión antropológica del otro, fomentando la buena praxis en el ámbito de las ciencias de la salud, a la par de suscitar reflexiones interdisciplinarias y multidimensionales en los espacios de discusión teórica.



REVISTA DE FILOSOFÍA

Nº 101 – 2022 – 2 - MAYO - AGOSTO

Esta revista fue editada en formato digital y publicada en junio de 2022, por el Fondo Editorial Serbiluz, Universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela

www.luz.edu.ve www.serbi.luz.edu.ve
www.produccioncientificaluz.org