

VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología  
XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología  
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos  
Aires, 2016.

# **El final de la vida: primeras aproximaciones en situaciones clínicas y cuestionamientos éticos.**

Latorre, Carolina.

Cita:

Latorre, Carolina (2016). *El final de la vida: primeras aproximaciones en situaciones clínicas y cuestionamientos éticos. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-044/197>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eATh/6aP>

*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>.*

# EL FINAL DE LA VIDA: PRIMERAS APROXIMACIONES EN SITUACIONES CLÍNICAS Y CUESTIONAMIENTOS ÉTICOS

Latorre, Carolina

Residencia Regionalizada de Psicología de la Provincia de Buenos Aires. Hospital Municipal "Ostaciana B. de Lavignolle" de Morón. Argentina

---

## RESUMEN

La práctica es realizada con el Equipo de Psicoprofilaxis Quirúrgica, Psicooncología y Cuidados Paliativos del Hospital Municipal de Morón, en el marco de mi segundo año de Residencia en Psicología. Los Cuidados Paliativos es una disciplina interdisciplinaria en donde el abordaje de atención desde la psicología es tripartito: el paciente, su familia y redes de apoyo, y el equipo profesional que lo asiste, compartiéndose en todos los casos la función de sostén y soporte psicológico. Se presenta un caso en donde se imbrica el paciente, su deseo, la ética y lo legal, produciéndose una apertura a nuevas posibilidades y cuestionando el concepto de eutanasia a partir del principio de autonomía, las directivas anticipadas y la ética del buen morir. El rol del psicoanalista en Cuidados Paliativos, intervenciones y diferencias con la atención en consultorio frente a un sujeto en proceso de morir.

## Palabras clave

Cuidados Paliativos, Directivas Anticipadas, Principio de Autonomía

## ABSTRACT

THE END OF LIFE: EARLY APPROACHES IN CLINICAL SITUATIONS AND ETHICAL QUESTIONING

The practice is performed with Psicoprofilaxis Surgical, Psicooncología and Palliative Care Team of the Municipal Hospital of Morón, in the context of my second year of residency in Psychology. Palliative care is an interdisciplinary discipline where addressing attention from psychology is threefold: the patient, family and support networks, and professional team that assists, being shared in all cases the function of support and psychological support. A case where the patient, his desire, ethics and legal overlaps, producing an opening to new possibilities and questioning the concept of euthanasia from the principle of autonomy, advance directives and ethics of the good death is presented. The role of the psychoanalyst in Palliative Care, interventions and differences with the front office focus on a subject in the process of dying.

## Key words

Palliative Care, Advance Directives, Principle of Autonomy

## Introducción

Para tener un primer acercamiento sobre la clínica psicoanalítica en Cuidados Paliativos, recorto un caso que acompañé junto a la Dra. Vilma Monteagudo y la Lic. Stella Maris Marturano del Equipo de Psicoprofilaxis Quirúrgica, Psicooncología y Cuidados Paliativos del Hospital Municipal "Ostaciana B. de Lavignolle" de Morón. El caso particular que motivó mi elección fue porque si bien hay tantas formas de vivir como procesos de morir, en este caso se imprime el plus de lo intrincado de las relaciones entre lo médico legal y la ética del buen morir.

Aunque la evidencia científica muestra que el cáncer se puede curar gracias a los diversos tratamientos disponibles como el quirúrgico o la quimioterapia, para el Dr. Marcos Gómez Sancho[i], "*el cáncer es la enfermedad tabú de la actualidad. Considerado como la enfermedad incurable por excelencia*".

La intervención psicológica es singular, pero el hilo conductor es el acompañamiento, el estar al costado de la cama, privilegiando *el principio de autonomía* por parte del paciente que propone Francisco Maglio, el cual cobra especial énfasis en el momento de morir.

## ¿Qué es Cuidados Paliativos?

Según Monteagudo[ii] en el texto "Psicooncología", los cuidados paliativos "*es un conjunto de acciones asistenciales médico-sociales y psicológico-afectivas que se llevan a cabo para controlar los síntomas clínicos del paciente terminal*". Esta perspectiva presenta determinadas necesidades y problemas, requiriendo la implementación de conocimientos específicos y la aplicación de recursos apropiados, desde donde se busca que los pacientes reciban una atención adecuada a lo largo de toda su enfermedad y se les pueda asegurar una atención continua e integral poniendo especial énfasis en disminuir su sufrimiento y mejorar su calidad de vida y la de sus familiares. Así, el abordaje de atención es tripartito: el paciente, su familia y redes de apoyo, y el equipo profesional que lo asiste, compartiéndose en todos los casos la función de sostén y soporte psicológico.

Habiendo transitado junto a la Dra. Monteagudo distintos casos, considero que como "*síntomas clínicos*" se refiere no sólo a los síntomas médicos, orgánicos, sino además a los *síntomas clínicos psicológicos* que se despliegan en la situación de paciente terminal con él y su familia e inciden en otros síntomas. Por ejemplo, la culpa que surge entre los allegados, la angustia, la ansiedad que recorre a todo el equipo asistencial y familia que repercute en otros síntomas físicos como el insomnio y la falta de descanso nocturno. Se destaca la importancia de un buen dormir y el confort, por el lado del paciente no pudiera hacerlo por sus propios medios, se solicita interconsulta al equipo de psiquiatría. Por el lado de los cuidadores para controlar esos síntomas se sugiere que la permanencia junto al paciente sea distribuida entre varias personas y que cada uno ocupe un rol determinado para que no recaigan todas las responsa-

bilidades sobre un solo familiar.

Otra de las intervenciones es animar a la familia a que le pregunten todas las inquietudes a los médicos para que se les informe cómo será el proceso y de esta forma disminuir la ansiedad. Por ejemplo, que la conciencia irá disminuyendo y la respiración tendrá variaciones en su ritmo, pudiendo presentar apneas cada vez más prolongadas.

### Relación médico paciente

Francisco Maglio[iii] hace un recorrido en la relación médico paciente, partiendo desde el *principio de beneficencia* el cual nace en los tiempos hipocráticos (siglo V AC) e implicaba que el médico decidiera qué era lo más conveniente para el enfermo. Luego gracias a la revolución tecnológica de la década de los '70 surge el *principio de no maleficencia* para evitar perjudicar a los pacientes. Para la misma época y gracias al Mayo francés nace el *principio de autonomía* en la relación médico paciente, siendo que éste tiene derecho a elegir o rechazar determinado tratamiento. Aquí se puede observar el viraje desde el punto de vista de la toma de decisiones, ahora el paciente tiene autonomía para decidir sobre las intervenciones médicas.

Antonio tenía 62 años de edad, le habían diagnosticado cáncer de colon y había pasado por el quirófano. La última vez en el verano pasado, pero debido al avance de la enfermedad los cirujanos consideraron que no había más que hacer para curarlo y lo cocieron sin poder extirparle el tumor. Ahí comienza el proceso de Cuidados Paliativos, cuando un paciente se convierte en terminal. Si bien nunca pasó por consultorios externos, el Equipo es convocado para realizar una interconsulta debido a las dificultades que estaría teniendo la familia de Antonio en aceptar el próximo e inevitable desenlace de su vida.

Antonio tenía 2 hijos y 2 ex esposas. Con todos tenía una excelente relación. Su hijo, un joven de treintipocos años de edad, no soportaba permanecer junto a la cama de su padre, por lo que durante el periodo de internación se dedicó a resolver asuntos pendientes del negocio de éste. No comprendía cómo su padre iba a morir dentro de un tiempo no calculable, pero inmediato, si lo veía tan bien, tan risueño, tan lleno de vida. Se observaba aquí el mecanismo defensivo de negación, el "no querer saber" de los familiares. Ni la bolsa de colostomía que evidenciaba de alguna manera el cáncer que su padre padecía desde hacía unos años lo podía anotar del final, "*no tiene cara de enfermo*" decía, y esa es una frase que se repite, entonces, ¿cómo tendría que ser el semblante de una persona que está por morir?

### Directivas Anticipadas y derecho a una muerte digna.

Antonio se internó porque sabía que le quedaba poco tiempo de vida, por lo que quería morir en el hospital y "*que se terminara ya esta agonía*", "*que los médicos hicieran algo para ayudarlo*" ... ayudarlo a morir. Pero en nuestra legislación aún está en discusión la eutanasia, entendida como el acto de provocar intencionalmente la muerte de una persona que padece una enfermedad incurable para evitar que sufra. La contracara es que desde lo médico se piensa como un suicidio asistido, y el juramento hipocrático se consolida en contra de estas ideas.

Ello llevó a dialogar entre los profesionales que lo estaban tratando sobre el derecho a una muerte digna, y a lo indigno de los síntomas que se le estaban presentando producto de la enfermedad. Como por ejemplo vomitar materia fecal. Nada más humillante para un ser humano, dolores que lo hacían retorcerse y llorar, razones de sobra para cuidarlo, asistirlo y evitar que le siga ocurriendo. Todo este sufrimiento se le hubiera evitado, si tuviéramos la ley de eutanasia,

pero frente al vacío legal, otra vía: las directivas anticipadas como manifestación del principio de autonomía de voluntad en la relación médico-paciente.

La ley 26.529 "Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud" sancionada en el año 2009 dice en el artículo 11: *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 eutanasicas, las que se tendrán como inexistentes.*

Las directivas anticipadas son el resultado por escrito donde se plasman las determinaciones que el paciente dispone sobre su salud. Implica un proceso de elaboración y toma de decisiones por parte del paciente, quien designa qué, cómo y quiénes puede hacerse sobre su cuerpo. El paciente se niega a recibir asistencia médica de reanimación, sólo lo necesario para evitar el dolor. En los estadios avanzados de cáncer, los pacientes están expuestos por un tiempo que no puede predecirse y que es propio de cada organismo, al sufrimiento con un deterioro clínico progresivo. Entonces, la enfermedad seguirá su curso, progresará comenzando a afectarle los órganos y luego los sistemas hasta que se produce el deceso en forma natural.

Cabe aquí el interrogante sobre el rol del psicólogo en estas situaciones que parecieran ser meramente médico-legales, donde se entrecruzan los intereses de los pacientes y los médicos. Una vez más, es la construcción de puentes entre ambos, habilitar la circulación de la palabra, de vías de comunicación, empoderando al paciente ante la aparente pérdida de autonomía, la dependencia y el miedo, es reafirmando su posición de sujeto deseante y de derechos. Y es gracias a la intervención del Equipo de Psicoprofilaxis que los pacientes comienzan a tomar un rol activo en el proceso de decisiones que le incumben, dejan la pasividad de la palabra "paciente" y pueden dialogar con los profesionales y su familia que en varias ocasiones pasan a formar parte privilegiada en el proceso decisional. Desde quién viene a visitarlo hasta el racionamiento de la información que se le brinda al enfermo.

Las directivas de Antonio implicaban tener un proceso de muerte sin dolor ni sufrimientos, en un plan de sedación paliativa continua que iría aumentando conforme al dolor que fuera sintiendo. La intervención se realiza con el consentimiento del paciente, implícito, explícito o delegado. La sedación paliativa no es eutanasia. La médica a cargo se comprometía a no practicarle maniobras de reanimación, ni pasarle antibióticos por el suero, sólo a mantenerlo confortable y sin dolor. Esta cuestión como la eutanasia que hoy en día está en discusión, nos compete a los psicólogos a trabajar arduamente con aquel que plantea esta posibilidad, porque se pone en juego el deseo del paciente, y es una decisión singular que debe analizarse caso por caso.

### El rol de la familia como parte integrante del equipo

El Dr. Gómez Sancho plantea un doble papel de la familia: dadora y receptora de cuidados. Así, en Cuidados Paliativos se trabaja fuertemente con la familia, se dan indicaciones sobre lo que el paciente está solicitando, respetando siempre la confidencialidad con el mismo.

Hay preguntas que se realizan los pacientes y la familia. ¿Qué queda por hacer, por decir? Estas preguntas apuntan al legado, a lo que se transmite.

Tere tenía un hijo, una nuera y un nieto de 2 años de edad. Desde que supo que el cáncer de páncreas que la afectaba ya no tenía cura, comenzó un proceso de meses para saldar cuentas pendientes con sus hermanos, hacer viajes, disfrutar de su nieto, aceptar a su nuera. En el camino, y no sin angustia, aceptar esta enfermedad que la hacía ir a la guardia con cada vez más frecuencia para que le drenen el líquido que la misma enfermedad le producía. Entre tanto enojo con su nuera, comenzó a reconciliarse y aceptar que era la mujer que cuidaría a su hijo cuando ella ya no estuviera. Pudo dejar que la acompañara al médico, aceptando que necesitaba la ayuda de otro, y el hecho de compartir tiempo juntas llevó a Tere a enseñarle manualidades, campo de su experticia, para que los proyectos que a ella le quedaban pendientes los pudiera terminar su nuera. Incluyo este recorte para poder ubicar la cuestión del legado, lo que se quiere transmitir, la forma de trascender que irá adquiriendo su forma singular en el transcurso del proceso. Parte del trabajo de Cuidados Paliativos radica en la importancia de los vínculos y habilitar espacios donde puedan decirse lo que sienten mutuamente, trabajando sobre los nudos y entramados familiares que van surgiendo en el devenir del accionar profesional.

#### Aprendizaje

Acompañarlo a Antonio durante el proceso, fue un aprendizaje para todos, él nos enseñó sobre el principio de autonomía y la necesidad de una ley que nos ampare en el proceso inevitable de morir, que nos evite el sufrimiento físico y *lahumillación* -como él manifestaba los síntomas físicos- ante una psique que pide comenzar su vuelo y abandonar el cuerpo enfermo.

En una oportunidad se me solicitó que fuera a verlo -si es que aún estaba-. Y allí estaba Antonio, con signos de cansancio, ya que no había pasado una buena noche por los dolores. Estuvo acompañado por su última mujer quien lo asistió durante esas eternas y angustiosas noches. Se definían como compañeros, *aunque ya no había un amor de pareja quedaba un amor fraterno*, como se autodefinían. Para mí implicaba un inmenso desafío profesional y humano, qué decirle a este hombre para aliviarlo, ya que a diferencia de otras interconsultas en donde el paciente vuelve a su casa y retoma su vida cotidiana, en este caso ese no era un recurso. Así que le pregunté cómo estaba, si se había quedado pensando en algo, abriéndose así la preocupación por su hijo porque no aceptaba que él se moriría. Ese era un punto de angustia para el paciente. Su propia muerte la tenía "asumida" y era algo que esperaba, más no que su hijo lo viera así. Hablamos de lo importante que era que le dijera lo que sintiera a su hijo porque el tiempo es ahora. También trabajamos que el *proceso de morir* es un proceso más dentro de la vida y que cobra repercusiones singulares en cada sujeto y en cada psiquismo.

Esa interconsulta duró casi una hora. Cuando me estaba yendo me preguntó "¿Cómo me ves?", le respondí que transmitía paz. Me devuelve una sonrisa y me dice "gracias".

Cuando un paciente de Cuidados Paliativos ingresa a internación, el equipo especializado aporta un apoyo psicológico que implica el cuerpo del analista. La Dra. Monteagudo plantea en su tesis doctoral[iv] que "*el paciente terminal que se encuentra en estado de coma permanece con los sentidos de la audición y del tacto en funcionamiento puesto que, como lo explica la embriología humana, durante la gestación son los primeros órganos que se forman y desde el marco teórico de los Cuidados Paliativos se infiere que evolutivamente son los últimos en desaparecer. Por ende, una persona en estado de coma terminal se encuentra con su capacidad auditiva y su piel apagándose conjuntamente con su vida.*" Cuando lo fuimos a ver habiendo pasado el fin de semana y transcurridos

diez días de internación, el proceso de sedación continuo había avanzado, estaba dormido, había comenzado su proceso de partida. Así es como Vilma lo despide con un beso en la frente y una frase "*Buen viaje amigo*".

#### Cuestiones para seguir reflexionando y motivación personal

Una cuestión que me atravesó durante las distintas situaciones de las que pude participar en Cuidados Paliativos, era la despedida del paciente. Él o ella se despedía de los profesionales dándoles las gracias por todo lo que se había hecho. En todos los casos se repitió esta frase, y es esa oración la que de alguna manera anticipaba el final. Casi en todos los casos, esa fue la última frase que nos dirigió el paciente.

Otra cuestión es la importancia de resolver temas pendientes, personas a quien se le quiere decir algo, prestar el oído hasta el final ya que no es calculable cuándo una persona morirá, pero sí los efectos aliviadores que conlleva el hecho de poder despedirse de la gente amada y decirles y escuchar lo que sienten.

Atravesar mi año de residencia por este equipo considero que es la práctica más humanista por la que transité, porque se abordan temáticas como la libertad de decisión, la búsqueda de sentido, la responsabilidad del sujeto, lo cual es el tronco común con el psicoanálisis. Pero con el factor del tiempo y la incertidumbre más presente que en la clínica psicoanalítica de consultorio ya que no se sabe con cuánto tiempo se dispone, lo único certero es el ahora; y es que siempre es ahora, sólo que como neuróticos pensamos que el mañana está asegurado y las actividades diarias y asuntos eternamente pendientes velan la propia muerte.

También fue una experiencia donde se debe poner el cuerpo literalmente, así sea sostenerle la mano a un paciente, acariciarle la frente, o ayudarlo a beber agua, escuchar sus enojos para con la enfermedad, o ante la ausencia de la visita de un familiar esperado, acompañar al paciente a hacerse una radiografía, contactar por teléfono a familiares o escuchar y atender a sus necesidades espirituales religiosas.

Es una práctica en donde se imbrica el sujeto del psicoanálisis, el cuerpo, la guardia o la necesidad de una asistencia continua, los cuidados, donde se trabaja con todos los actores implicados, y donde el campo de la espiritualidad entra en el terreno.

Sabemos a priori que no vamos a curar al paciente, pero sí podemos ayudarlo a sanar sus vínculos, lo cual implica un alivio a la culpa y a la ansiedad.

Lo gratificante ante lo angustiante de la muerte que, como dice Freud, no tiene representación en el psiquismo y que remite a la propia muerte, es acompañar a la persona en su viaje, un viaje que inevitablemente emprenderá solo cuando considere que llegó su momento, pero en el cual podemos acompañarlo y mitigar la soledad y la angustia en el proceso de morir. //

#### **NOTAS**

[i] Gómez Sancho, M. "Principios de cuidados paliativos", 5to curso Internacional sobre el Dolor

[ii] Monteagudo, V. "Psicooncología", ficha del Servicio de Salud Mental del Hospital Municipal de Morón

[iii] Maglio, F. "Ética médica y bioética. Aspectos conceptuales"

[iv] Monteagudo, V. Tesis Doctoral Psicoprofilaxis Quirúrgica "Modalidad de intervención psicológica en Psicoprofilaxis pre, intra, postquirúrgica inmediata (MIPIP) en pacientes con cáncer de mama". 2014

## **BIBLIOGRAFÍA**

Gómez Sancho, M. "Principios de cuidados paliativos", 5to curso Internacional sobre el Dolor, ficha del Servicio de Salud Mental del Hospital Municipal de Morón, 2010

Jacob, Graciela. "Manual de cuidados paliativos para la atención primaria de la salud". - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer, 2014.

Laplanche y Pontalis, Diccionario de Psicoanálisis, ed. Paidós, 2007.

Ley nacional 26.529 "Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud", 2009

Maglio, F. "Ética médica y bioética. Aspectos conceptuales" en <http://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2015/03/PDFs201503/50.pdf>

Monteagudo, V. "Psicooncología", ficha del Servicio de Salud Mental del Hospital Municipal de Morón, 2010

Monteagudo, V. Tesis Doctoral Psicoprofilaxis Quirúrgica "Modalidad de intervención psicológica en Psicoprofilaxis pre, intra, postquirúrgica inmediata (MIPIP) en pacientes con cáncer de mama". Buenos Aires, 2014