

Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white sans-serif font on a solid blue rectangular background.

La veracidad, la oncología médica y la cultura occidental ¿Decir o no decir la verdad?
[Truthfulness, medical oncology and Western culture. To tell or not to tell the truth?]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository.
More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Schiappacasse Cocio, Guido;González Soto, Patricio
Publisher	Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Javeriana
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-07-13 05:46:20
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/216000

LA VERACIDAD, LA ONCOLOGÍA MÉDICA Y LA CULTURA OCCIDENTAL

¿Decir o no decir la verdad?: desde el dilema filosófico y bioético hacia el acercamiento a una guía práctica en la aplicación del principio de la veracidad

Guido Schiappacasse Cocio¹
Patricio González Soto²

Resumen

La comunicación del diagnóstico y pronóstico en oncología sigue teniendo una connotación ominosa; sobre todo en nuestra cultura occidental, tan dada a no aceptar el proceso de la muerte. ¿Decir o no decir la verdad?, un dilema filosófico y bioético. La preservación de la autonomía del paciente permite defender el principio de la veracidad desde la filosofía; pasando desde el paternalismo a la autonomía, sin olvidar que el paciente debe ser acogido dada su dimensión humana. La mayor calidad de vida del paciente al ser informado verazmente apoya esta conducta desde la psicología. Incluso, se ha visto que la verdad disminuye el estrés del paciente mejorando su sistema inmune, lo que apoya la veracidad desde la biología. Solo en casos muy excepcionales se puede ocultar la verdad, dado que

- 1 Oncólogo. Médico de la Universidad de Chile, Santiago, Chile. Miembro de la Sociedad Española del Dolor, de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos y de la Red Latinoamericana de Neuro-Oncología. Médico Clínica Ciudad del Mar, 13 norte 635, Viña del Mar, Chile.
Correo electrónico: gk.schiapp@hotmail.com
- 2 Químico-farmacéutico y Magíster en Ciencias de la Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile. Miembro de la Red Latinoamericana de Neuro-Oncología.

produciría mayor daño. Este privilegio terapéutico es una decisión que debe tomarse en equipo y con extrema prudencia.

Palabras clave: Bioética/principio veracidad, principio veracidad/oncología, decir la verdad/cáncer, muerte/cultura occidental, privilegio terapéutico.

Truthfulness, medical oncology and Western culture. To tell or not to tell the truth?: from the philosophical and bioethical dilemma towards a practical approach to guide the implementation of the principle of truthfulness

Abstract

Communication of diagnosis and prognosis in oncology is still an ominous connotation; especially in our Western culture, as given to not accept the death process. To tell or not to tell the truth?, A philosophical and bioethical dilemma. The preservation of patient autonomy allows uphold the principle of truthfulness from philosophy; passing from paternalism to autonomy, without forgetting that the patient should be welcomed given its human dimension. The higher quality of life for patients to be informed truthfully supports this behavior from psychology. It has even seen the truth decreases patient stress by improving your immune system, which supports the truth from biology. Only in very exceptional cases, you can hide the truth, since it would produce most damage. This therapeutic privilege is a decision to be made as a team and with extreme caution.

Key words: Bioética/principio veracity, principle veracity/oncology, tell the truth/cancer, death/Western culture, therapeutic privilege.

Introducción

El informar la verdad sobre el diagnóstico y pronóstico a un paciente y sus familiares que tiene cáncer es uno de los procesos más difíciles en medicina y oncología; dada la implicancia ominosa que ha tenido, y tiene todavía en el presente este diagnóstico, sobre todo en la cultura occidental. ¿Decir o no decir la verdad?, ¿cómo decirlo?, ¿cuándo decirlo?; son todos interrogantes que plantean un dilema y un cuestionamiento filosófico y bioético. Y si la respuesta es afirmativa

y debe decirse la verdad, ¿existe alguna circunstancia en que es ético no expresar toda la verdad sobre el diagnóstico y pronóstico de esta enfermedad? En este ensayo intentaremos responder a estos interrogantes sustentándonos en las herramientas que nos entrega la filosofía, la psicología y la biología; con el objeto de iniciar la construcción de una guía práctica que sirva de orientación sobre cómo proceder en relación a este tema fundamental en la relación médico-paciente. Pues bien, iniciemos este arduo camino!

1. El proceso de enfrentar un diagnóstico ominoso en la cultura occidental

Pese a los enormes avances en medicina y oncología ocurridos en las últimas décadas, aún el diagnóstico de cáncer hace sentir a quien se entera que lo sufre una inminente sensación de estar cerca de enfrentar la muerte. Y esta experiencia es una de las angustias más intensas que puede sentir el ser humano.

Y precisamente, esta experiencia es más intensa en nuestra cultura greco-romana occidental, dado que ella se ha construido bajo la ilusión de nuestras pulsiones inconscientes y distorsión de nuestros sentidos, que proclama la falacia de la inmediatez, del control y la inmortalidad.

La falacia de la inmediatez exclama que todo problema debe tener una solución definitiva e inmediata sin aceptar matices. Si padezco de una enfermedad grave o incapacitante, debe existir un remedio efectivo y que actúe en forma inmediata y me restablezca la salud quebrantada sin perder tiempo. Y lamentablemente en oncología, si bien según el tipo de cáncer y estadio en que se diagnostica se puede lograr la curación, esto generalmente es dificultoso y requiere de gran cuota de paciencia por parte del médico, el paciente y sus familiares. En muchas ocasiones la terapia es larga y multimodal, sin efectos inmediatos y basada en resultados estadísticos probabilísticos, que genera incertidumbre

y angustia sobre su resultado en cada caso particular.

La falacia del control proclama que el hombre gracias a su razón puede controlar y usar para su bien las fuerzas de la naturaleza, su propia humanidad, su vida y su destino. Pero esto es solo una ilusión infantil que busca combatir la angustia primaria que el hombre siente ante su naturaleza frágil y efímera, y la falta de control sobre las fuerzas que lo rodean. Al ejercer la medicina y la oncología, vemos que si bien hemos alcanzado grandes logros pudiendo curar muchas enfermedades, muchas otras aún se resisten a nuestro conocimiento y tienen finalmente para quien la padece un resultado mortal o incapacitante, pese a todos nuestros esfuerzos. No controlamos cómo quisiésemos nuestras vidas y las fuerzas que nos rodean, lo que nos lleva a la reminiscencia de la experiencia de inseguridad y angustia infantil ante nuestra propia naturaleza desvalida y el mundo hostil que nos rodea.

La falacia de la inmortalidad proclama que el hombre debe vencer su propia humanidad; y dado que compartimos la divinidad del Creador, tenemos derecho a la inmortalidad. Nos ilusionamos con la pulsión inconsciente que desea la eternidad de nuestra vida terrenal y nos impulsa a plantearnos metas hacia el futuro en forma indefinida, pese a que en el fondo sabemos que nuestra vida es limitada. Y precisamente, este deseo de inmortalidad nos engrandece porque nos impulsa a

plantearnos un desarrollo personal y obtención de nuestras metas planificando nuestras vidas como si fuésemos eternos; pero esta es también nuestra condena, porque no queremos aceptar nuestra naturaleza efímera. Y precisamente en oncología este conflicto se experimenta a diario y pese a los avances obtenidos, muchas veces el cáncer termina llevándose al paciente que lo sufre; algo que el inconsciente colectivo de nuestra cultura no puede aceptar y tiende a negar a ultranza, a pesar de la evidencia que se contrapone a este deseo inconsciente.

Ahora bien, las fuerzas psicológicas involucradas en el proceso de enfrentar la cercanía de la muerte son:

1. El miedo a dejar de existir, el dejar de ser, la desintegración del yo.
2. La irreversibilidad de esta situación que es el desaparecer una vez que concurre la muerte, la impotencia del ser humano ante dicho suceso, el descubrimiento de que tener el control de lo que sucede es solo una ilusión infantil.
3. El no saber qué pasa después de la muerte, el temor a lo desconocido.
4. La desesperanza al no haber cumplido todas las metas fijadas en la vida (el no haber logrado la autorrealización) y el haber dejado tareas inconclusas en relación a los otros (el dejar crianza de los hijos incompleta, el dejar desamparada a su compañera marital, no solucionar conflictos con sus hermanos o padres, etcétera).
5. Angustia ante el sufrimiento que implica el cáncer y los tratamientos a que será sometido.
6. Desarrollo de un duelo o pérdida de parte de uno mismo o de la identidad; por ejemplo, la pérdida de parte de su cuerpo (mastectomía en cáncer de mama), cambio de identidad como en la castración genital que involucra la pérdida de la fertilidad, y por ende, de la posibilidad de trascendencia a través de los hijos que ya no podrá procrear (ooforectomía en cáncer ovárico), desfiguración (caída del pelo a raíz de la quimioterapia o mutilación producto de cirugía en cáncer de cabeza y cuello). Todo cambio en este sentido se vive con angustia y desesperación en muchas oportunidades.
7. Desarrollo del complejo de culpa que impulsa al enfermo a preguntarse de qué es culpable, dado que ha recibido esta enfermedad como castigo. Y si no es culpable de nada, ¿por qué este sufrimiento?, ¿por qué es así la vida?, ¿qué sentido tiene la vida y esta enfermedad que está experimentando? De la culpa se migra a la crisis existencial y pérdida del sentido de la vida.
8. La reminiscencia de nuestros terrores y angustias infantiles, el revivir la experiencia del infante desvalido; pulsiones albergadas en el inconsciente personal.

9. La reedición de las experiencias límite en relación a las muertes sufridas por la humanidad que nos precedió; angustia primigenia ante el término de la vida heredada de generación en generación y albergada como pulsión en el inconsciente colectivo.

Todas estas fuerzas provenientes del inconsciente colectivo, personal o preconscious se desatan en el paciente ante el diagnóstico de cáncer (sobre todo dada la connotación ominosa que tiene en nuestra cultura occidental) e invaden cual tsunami las costas de la conciencia, produciendo la angustia ante la muerte. Pero, para manejar esta angustia (entendida como signo de alarma ante un peligro real o imaginario, consciente o inconsciente) se establecen mecanismos de defensa psicológicos que podemos clasificar así:

1. Ignorancia: El paciente y/o sus familiares inconscientemente prefieren no saber algo que es conocido por todos; por ejemplo, ¿qué es un tumor?
2. Negación: El paciente y/o sus familiares teniendo un determinado conocimiento dicen que no lo tienen; por ejemplo, eso explica frases ante el diagnóstico de cáncer por parte de paciente y/o familiares tales como: ¡no puede ser!, o ¡debe ser una equivocación!
3. Ilusión: El paciente y/o familiares supone/n situaciones imposibles; por ejemplo, es muy frecuente que recu-

rran a una curandera como medio terapéutico. Esto se basa en la creencia inconsciente de índole neurótica en la magia, es decir, la curación a través del poder que se le atribuye al deseo de querer curarse y a la expresión lingüística (la palabra) y el acto (el ritual) que expresa este deseo.

4. Regresión: El paciente vuelve a etapas infantiles y utiliza dichos mecanismos de defensa; por ejemplo, llora como un niño ante la desesperación, o desarrolla un alto grado de dependencia psicológica y demanda cuidados excesivos por parte de familiares y/o personal sanitario.
5. Forclusión: Consiste en disociar (borrar) un sector de la realidad de la conciencia, instituyéndose así una situación delirante; por ejemplo, el paciente dice estar bien habiéndosele diagnosticado un cáncer, rechazando toda posibilidad terapéutica.

Así se crean situaciones muy complicadas, en las cuales se encuentran grandes dificultades para la actuación médica; por ejemplo, abandono de tratamiento, o negación infundada a seguir las indicaciones médicas. Ante esto, ¿qué debe decirle el médico al paciente y sus familiares?

En este punto se presenta el dilema bioético. El médico tiene el deber sagrado de conservar la vida, y si no es posible, hacer del dolor y el proceso de la muerte lo menos traumático que se pueda. Pero, ¿cómo debe hacerse?,

¿le debe crear al paciente y familiares falsas ilusiones o no?, ¿puede el médico adoptar una visión paternalista y decidir, dado que desde este punto de vista solo él sabe lo que es mejor para el paciente?; o, por el contrario, ¿debe dar participación al paciente y/o familiares? Si bien los principios bioéticos son solo pautas axiológicas-deónticas operativas generales que deben ser aplicadas a cada situación en particular, intentaremos dar respuesta a continuación a estos interrogantes.

2. El principio de la veracidad. La información médica y el paciente oncológico

En Sánchez M. (1998), bioeticista contemporáneo, se plantea que los médicos tradicionales tienden a ocultar o alterar la verdad que comunican a sus pacientes en relación al diagnóstico y pronóstico de la enfermedad, sobre todo cuando es infausto.

Beauchamp T. y Childress J. (1998) en sus "Principios de Ética Biomédica" plantean que sorprendentemente los códigos de ética médica han ignorado tradicionalmente las obligaciones y virtudes de la veracidad. Tampoco lo hace la declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial.

Y sin embargo, este principio es fundamental para abordar el tema que nos preocupa y responder a los siguientes interrogantes:

1. ¿Debe el médico informar al paciente y sus familiares que tiene cáncer?
2. Y si la respuesta es afirmativa, ¿en toda circunstancia debe decir la más completa verdad sobre el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad oncológica?

Al revisar la historia de la Filosofía, ya en la antigua Grecia, Platón (1962) decía que:

Había médicos esclavos para los esclavos y médicos libres para hombres libres. Los médicos esclavos jamás revelan a uno de estos esclavos el motivo de cualquier enfermedad, ni permiten ser informados al respecto por el paciente. Tal médico prescribe a cada cuál lo que le parece bien según su experiencia, lo hace en forma arbitraria, como un tirano, para luego correr presuroso a atender a otro enfermo esclavo. Por el contrario, el médico libre atiende a gente libre empeñándose en explorar a fondo la naturaleza de la enfermedad, para lo cual interroga al respecto al paciente y sus amigos. En la medida de lo posible, instruye al enfermo y no toma sus disposiciones hasta no hacerle aceptar hasta cierto grado su punto de vista; solo entonces trata de devolver con infatigable esfuerzo la salud al enfermo apaciguado a través de la fuerza de su persuasión.

Vale decir, en Platón la comunicación de la verdad hace libre al médico y su paciente, donde el primero no dispone de nada sin la anuencia y conocimiento de su paciente, y este último, que por ser libre decide el curso del tratamiento en función de lo que el médico verazmente le informa. Así, ya en el siglo V a.C. Platón expone las bases del principio bioético de la veracidad en torno al accionar médico y de la autonomía en torno al paciente.

En Emmanuel Kant (1951), la razón práctica no puede expresarse por juicios analíticos ni sintéticos, dado que no dice lo que acontecen en la experiencia, sino lo que debe ocurrir en ella. Así, la forma de conocimiento práctico, no es un juicio, sino un imperativo.

A su vez los imperativos son de dos tipos:

1. Hipotéticos: se ordena una acción para conseguir un fin; por ejemplo, "si eres veraz en tu accionar médico te premiará el colegio médico".
2. Categórico: el imperativo ordena una acción de manera absoluta, la acción no es un medio, sino un fin en sí mismo, último e incondicionado; por ejemplo, "el médico debe ser veraz".

De acuerdo con Kant, el ideal moral está formado por imperativos categóricos que se originan en la voluntad moral, una voluntad autónoma que se encuentra libre de los fines u objetos de deseo.

La fórmula del imperativo categórico, base de la moral kantiana, se expresa así: "obra de manera que la máxima de tu voluntad pueda servir siempre como principio de una legislación universal". Esta fórmula es la ley moral (Kant, 1951). Así, para Kant la verdad debe decirse a todos y en todo momento, al margen de las circunstancias dado el imperativo categórico que lo ordena; y solo cumpliendo con este deber tomado como fin en sí mismo se considera un acto moral.

En Alasdair MacIntyre, las virtudes son esos bienes que definen nuestra relación con las personas con quien compartimos la clase de propósito y criterios en que consisten las prácticas. En la profesión médica el decir la verdad es una virtud y el propósito común es la búsqueda de la salud. Y para facilitar la obtención de la salud en la relación asistencial se han de aportar los datos necesarios en forma leal y verdadera tanto al paciente como familiares.

En Beauchamp y Childress (1998), la justificación del deber de decir la verdad se sustenta en el marco conceptual de los principios bioéticos básicos, dado que el decir la verdad resguarda el principio básico de respeto por la autonomía del paciente.

De la base filosófica revisada hemos concluido que debe respetarse el principio de la veracidad. Pero, ¿es un principio en buen término absoluto? Que la veracidad sea una virtud propia de la relación

asistencial es compatible con el hecho de que diferentes sociedades tengan diferentes códigos de veracidad. Así, los bantúes educan a los suyos para que no digan la verdad a desconocidos, pues creen que eso les haría vulnerable a las brujerías; y en nuestra cultura occidental muchas personas han sido educadas para no decir verdades crueles. Vale decir, el principio de veracidad no es absoluto en su aplicación dado que está influido por el marco de referencia cultural. Con respecto a la confianza, su papel en la relación asistencial la convierte en uno de los elementos básicos de la ética médica. El profesional ha de respetar a sus pacientes al tiempo que trabaja por su bien, para lo cual conviene involucrarlo en su propio cuidado, lo que implica darle información veraz. De hecho, el decir la verdad, sobre todo en oncología, puede ser el primer paso para crear la confianza necesaria para una buena relación médico-paciente. Y un paciente que confía en el médico es más fácil de cuidar. Ahora bien, decir la verdad no es tan fácil como parece. Hay momentos en los que no se puede decir la verdad (referido al diagnóstico y/o pronóstico) sencillamente porque la desconocemos. Aparte de la incertidumbre, está la dificultad de comunicar conocimientos extremadamente técnicos (pese a ello, la comunicación debe intentarse en términos comprensibles para el paciente y sus familiares según su nivel de enseñanza). En particular, la veracidad es importante en las decisiones que hay que tomar al final de la vida, pues no decir la verdad priva al paciente de la confianza en su propia habilidad para tomar

decisiones y la confianza en aquellos que pueden ayudarle. Con Kant hemos pasado de una relación médico-paciente paternalista (solo el médico sabe que es bueno para el paciente y decide qué decirle y qué ocultarle con respecto a su diagnóstico y pronóstico) a una relación de autonomía. Pero el enfermo no puede verse impersonalmente como un sujeto completamente autónomo y libre. No solo necesita ser informado, sino acogido y contenido por el médico, dado que el paciente es un ser compuesto por cuerpo y alma.

Al respecto, en Jaspers (1958) se proclama:

El médico no es técnico ni salvador, sino una existencia para otra existencia, ente humano perecedero, trayendo con el otro, en el otro y en sí mismo, la dignidad y la libertad del ser, y reconociéndolas como criterio. Ya no hay soluciones definitivas, ni tampoco lo exacto, sino el amor al ser noble que hay en nosotros, pero no en el amor que solo es compasión para la criatura, y, sin comprometer la propia mismidad, se practica caritativamente sin verdadera participación, por tanto humillando y mortificando al otro".

La necesidad de veracidad es pues universal, pero el cómo, el cuándo y el a quién, están sujetos a las demandas de cada situación particular. El absolutismo Kantiano en el cumplimiento de la veracidad no es aplicable en el cien por ciento

de las situaciones, porque la aplicación del principio de la veracidad depende de la circunstancia en último término; pero tampoco debe caerse en un relativismo extremo. Vale decir, en términos generales debe cumplirse este principio en la relación del médico con el paciente y familiares, pero puede restringirse su aplicación en ciertas situaciones excepcionales.

3. El privilegio terapéutico

Corresponde al principio que permite al médico no decir la verdad al paciente. Es la existencia acreditada de un estado de necesidad, que por razones objetivas haga pensar que el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar la salud del paciente de manera grave. Solo en ese caso el médico informará antes a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

Diego Gracia (1999), experto en bioética, plantea que:

En principio hay que decir siempre la verdad, pues de no hacerlo estaríamos incumpliendo la norma de tratar a todos con igual consideración y respeto, y por tanto estaríamos obrando injusta y maleficientemente. A pesar de lo cual, todos somos conscientes de que no siempre podemos decir la verdad. Hay circunstancias que nos obligan a no decir toda la verdad, y a veces hasta a mentir. [...] Creemos que en esa situación concreta los males que se seguirían de decir la verdad son tales, que se impone hacer una excepción. La excepción la justificamos en el mismo principio de siempre, el de que todos los hombres merecen igual considera-

ción y respeto. Lo que sucede es que en esa situación concreta pensamos que el decir la verdad no es tratar a esa persona con consideración y respeto, y que por lo tanto el principio general de la moralidad nos permite saltar por encima de la norma, que en ese caso no es adecuada o correcta.

Siguiendo a Gracia, este procedimiento puede sistematizarse de la siguiente forma:

- “1. El sistema de referencia moral.
 - Premisa ética: todas las personas merecen igual consideración y respeto.
2. El momento deontológico del juicio moral.
 - Nivel 1: principio de no-maleficencia y justicia.
 - Nivel 2: principio de autonomía y beneficencia.
3. El momento teleológico del juicio moral.
 - a. Evaluación de las consecuencias objetivas o de nivel 1.
 - b. Evaluación de las consecuencias subjetivas o de nivel 2.
4. El juicio moral.
 - a. Contraste del caso con la regla tal como se encuentra expresada en punto 2.
 - b. Evaluación de las consecuencias del acto, para ver si es necesario hacer una excepción a la regla, de acuerdo con el punto 3.
 - c. Contraste de la decisión tomada con el sistema de referencia (punto 1).
 - d. Toma de decisión final” Gracia (1999).

Ahora bien, al aplicar este principio se requiere de autoconocimiento a través del método reflexivo, dado que el médico y el paciente requieren ser veraces consigo mismos. El paciente debe aceptar que está enfermo; y el médico ha de ser veraz consigo mismo, para no dejar que una compasión mal entendida o una actitud meramente preventiva le haga aplicar el privilegio terapéutico sin necesidad.

El papel de la familia tampoco puede subestimarse. El cáncer es una enfermedad que afecta a todo el grupo familiar, y a menudo es la familia la que se hace cargo de las necesidades físicas y emocionales de los enfermos terminales, así como de las consecuencias económicas que conlleva su situación. Esto, además, ocurre prácticamente en todas las culturas; por ello, salvo deseo expreso del propio paciente, y aunque esto no haga las cosas más sencillas, no debería excluirse a la familia del proceso de toma de decisiones.

Tras haber revisado los fundamentos filosóficos que sustentan el principio de la veracidad, en este momento nos encontramos en condiciones de acercarnos al desarrollo de una guía práctica para su mejor aplicación.

4. Hacia una guía práctica en la aplicación del principio de la veracidad en medicina oncológica

El proceso de informar a un paciente afectado por un cáncer es extremada-

mente complejo y se compone de una multiplicidad de factores: la información suministrada por el médico, la información comprendida por el paciente y familiares, conocimiento de la enfermedad, deseo de información y satisfacción con la información recibida.

Sánchez, M. (1998) afirma que en Estados Unidos de Norteamérica en 1961 el 88% de los médicos no revelaban el diagnóstico de cáncer a los pacientes; pero en 1979 el 98% de los médicos ya decían toda la verdad con respecto a este punto (esto demuestra una superación del antiguo paternalismo en la relación médico-paciente).

Ahora bien, la tasa de información recibida y conocimiento de la enfermedad presenta gran variabilidad entre centros médicos y a nivel transcultural (Salvador, 1991). Respecto al deseo de información, una gran mayoría de la población manifiesta que si tuviera una enfermedad grave desearía que se lo dijeran, a la vez que manifiestan el deseo de ocultar la información a un familiar cercano; siendo esto independiente de factores sociodemográficos y culturales (Espinosa, González y Poveda 1993). En relación a la satisfacción con la información recibida, al menos la mitad de los pacientes se siente insatisfecha y querría disponer de más tiempo para hablar con su médico (Baider, Ever-Hadani y De Nour, 1995).

Con respecto a las barreras comunicacionales, estas son de gran envergadura

en el cáncer por el estigma a que está asociada esta enfermedad, dado que se percibe como sinónimo de muerte, dolor, sufrimiento y deformación; y que puede provocar severas alteraciones psicológicas en quien conoce o sospecha que padece este sufrimiento (Bayes, 1991).

Ahora bien, ya hemos analizado las posturas filosóficas que defienden la veracidad (el decirle la verdad sobre el diagnóstico y pronóstico de su enfermedad al paciente y familiares), evolucionando de la dimensión paternalista a la autónoma; y desde la autonomía con visión impersonal del paciente a la visión integral del paciente compuesto por cuerpo y alma. Por otra parte, desde un punto de vista psicológico la investigación demuestra que un proceso de información adecuado sobre la enfermedad y los tratamientos facilita:

1. Mayor satisfacción por parte del paciente.
2. Mayor control de los efectos secundarios y de la enfermedad en general.
3. Mayor cooperación con el equipo médico.
4. Mejor adaptación ante el planteamiento médico propuesto.
5. Mayor autoestima, confianza y percepción de control por parte de la persona afectada.
6. Mayor calidad de vida del paciente.
7. Disminuye el retraimiento o aislamiento por parte del paciente.

8. Se favorece una mayor adaptación de la persona afectada, con menos sintomatología de ansiedad y depresión.
9. Disminuye la posibilidad de que el equipo de salud desarrolle un Síndrome del Quemado o de *Burn-Out*.

Y desde un punto de vista biológico, al ocultar información se crea un aura de silencio; el secreto y la ambigüedad con relación al diagnóstico pueden aumentar la sospecha del paciente y su confusión sobre el pronóstico de su enfermedad. Y estos estados de depresión y angustia reducen la actividad citotóxica de las células Natural Killer (asesina natural) y sobreactivan el sistema del cortisol, lo que favorece la inmunodepresión e incluso puede estimular la expresión de oncogenes (Licinio, Gold y Wong, 1995).

Pero, ¿quién, cómo, cuándo y dónde informar? Al respecto, no existen respuestas absolutas. No todos los seres humanos son iguales, no todos viven su propia enfermedad de la misma manera, no todos viven la misma situación cultural, religiosa, familiar y económica. Pese a ello, creemos necesario intentar responder estos interrogantes. Al respecto, dentro del equipo de salud es el médico el encargado de informar a un paciente y sus familiares sobre el diagnóstico y pronóstico de su enfermedad, dado que es intrínsecamente el líder natural del equipo sanitario. Pero, ¿cómo, cuándo y dónde informar? En Gómez M. (1996) en su libro "Cómo comunicar malas noticias en

Medicina" se ofrecen las siguientes recomendaciones o guía práctica:

- "1. Que el médico esté seguro del diagnóstico y del pronóstico, de lo que va a decir.
2. Hacerlo en un lugar y en un momento de tranquilidad, con privacidad y confort, sin prisas.
3. Reconocer el derecho del enfermo a la verdad, lo que no significa que deba ser dicha de cualquier modo y en cualquier momento.
4. Averiguar lo que el enfermo sabe, lo que quiere saber, lo que está en condiciones de saber.
5. Hablar con simplicidad, sin jerga profesional y palabras malsonantes (por ejemplo, cáncer), pero no decir nada que no sea verdad.
6. Informar gradualmente, extremando la delicadeza, siendo prudente. Comunicar no es un acto único" (Gómez, 1996).

Muy bien, pero ¿en qué casos concretos se puede aplicar el principio del privilegio terapéutico? Las situaciones que a continuación se presentan no pueden ser tomadas en forma dogmática y siempre se debe analizar cada caso en particular; idealmente por un equipo médico compuesto por el oncólogo tratante, enfermera oncológica, psiquiatra, psicooncólogo y asistente social. Estas situaciones se consideran incapacitantes previamente al

diagnóstico de cáncer y supone un diagnóstico clínico severo (no hace referencia a trastornos adaptativos simples). Dichos estos reparos, proponemos la siguiente lista de situaciones en que se puede aplicar el privilegio terapéutico:

1. Antecedentes psiquiátricos graves, con síntomas psicóticos; y en especial, con intentos suicidas.
2. Trastornos depresivos graves; por ejemplo, un paciente que ha manifestado pasividad extrema e inanición que pone en peligro su vida.
3. Trastornos de ansiedad extremos, con crisis de pánico y síntomas fóbicos y/o obsesivos que limitan o ponen en riesgo la vida del paciente en cuestión.
4. Antecedentes ante crisis vitales de reacciones agresivas con consecuencias de consideración para sí mismo, su entorno familiar o equipo médico.
5. Rechazo claro y manifiesto a conocer su enfermedad. El paciente explicita que no quiere saber nada de lo que le acontece. Si más adelante cambia de actitud, podremos informarle.
6. Uso exclusivo o en gran medida de la negación como mecanismo defensivo. Debemos respetar esta actitud de afrontamiento siempre que proteja al paciente a no sufrir una ansiedad extrema y no interfiera en la adherencia y seguimiento de los tratamientos oncológicos.

Como vemos, son situaciones muy complejas que podrían, en algunos casos, suponer solo un aplazamiento de la información del proceso oncológico o un trato muy sutil de la misma; y no una ocultación propiamente dicha. En cualquier caso, suponen un manejo de información muy delicado, tanto hacia el paciente como hacia los familiares. Son casos en general poco frecuentes, por lo que en la mayoría de los casos, informar de lo que ocurre será lo más conveniente.

Conclusión

El principio de la veracidad debe ser respetado en el proceso de entrega de la información sobre el diagnóstico y pronóstico a un paciente oncológico y a sus familiares. Esto se basa en el derecho a la autonomía de todo paciente; sin embargo, este proceso comunicacional debe ser un proceso empático y debe realizarse en un ambiente de respeto, tranquilidad y confort; e incluso puede requerir de contención del médico hacia el paciente y/o sus familiares. Solo en muy contadas circunstancias puede aplazarse la información; decisión que debe tomarse en el contexto de un equipo de salud multidisciplinario, dado lo complicado de la situación.

Referencias

- Baider, L.; Ever-Hadani, P. & De Nour, A. K. 1995. The impact of culture on perceptions of patients physician satisfaction. *Isr Med Sci.* 23, 179-185.
- Bayes, R. 1991. *Psicología oncológica: prevención y terapéutica psicológica del cáncer*. Madrid: Martínez Roca.
- Beauchamp, T. & Childress, J. 1998. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson. 3.
- Platón. 1962. *Las leyes*. Barcelona: Iberia.
- Espinosa, E.; González, M. & Poveda, J. 1993. La verdad soportable como eje de la información al paciente con cáncer. *An Med Internac.* 3, 147-149.
- Gómez, M. 1996. *Cómo dar malas noticias en medicina*. Madrid: Grupo Asta Médica.
- Gracia, D. 1999. Planteamiento general de la bioética. *Bioética para clínicos.* 2, 19-35.
- Jaspers, K. 1958. Filosofía. *Revista de Occidente.* 1, 1-3.
- Kant, E. 1951. *Crítica de la razón práctica*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Licinio, J.; Gold, P. W. & Wong M. L. 1995. A molecular mechanism for stress-induced alterations in susceptibility to disease. *Lancet.* 10, 104-106.
- Salvador, L. 1991. Aspectos psiquiátricos del enfermo oncológico. *OMC Soc. Espan Med Gra.* 1, 87.
- Sánchez, M. 1998. *Historia, teorías y método de la medicina: Introducción al pensamiento médico*. Madrid: Masson.