

COMUNICAR MALAS NOTICIAS DIGNAMENTE. UNA COMPRENSIÓN DESDE LA PERSPECTIVA TEOLÓGICA

COMMUNICATING BAD NEWS WITH DIGNITY. AN UNDERSTANDING FROM A THEOLOGICAL PERSPECTIVE

SANDRO PAREDES DÍAZ

Universidad Católica del Maule, Chile.
E-mail: sandroparedes@gmail.com

Resumen: El objetivo de este trabajo es ofrecer una perspectiva teológica que permita, por un lado, profundizar en la comprensión de la problemática de la comunicación de malas noticias y proponer posibles criterios que permitan configurar una comunicación dentro de parámetros que salvaguarden la dignidad de la persona humana, entendida como centro de la profesión médica y enfermería. Para ello el trabajo se divide en tres momentos. Primero, definiremos algunos conceptos básicos como malas noticias y distinguiremos entre información y comunicación. En un segundo momento, intentaremos reconocer los paradigmas desde los cuales se ha orientado y se pretende orientar nuestro tema y cómo en ello está implicado la dignidad de la persona humana. En un tercer momento proponemos el concepto de vulnerabilidad como posibilidad de comprensión del tema, desde una perspectiva teológica que busca el diálogo con la ética y la salud.

Palabras clave: Malas noticias. Comunicación. Vulnerabilidad. Bioética. Teología.

Abstract: The aim of this work is to offer a theological perspective that allows, on the one hand, a deeper understanding of the problem of the communication of bad news and to propose possible criteria that allow communication to be configured within parameters that safeguard the dignity of the human person, understood as the centre of the medical and nursing profession. To this end, the work is divided into three parts. First, we will define some basic concepts such as bad news and distinguish between information and communication. Secondly, we will try to recognize the paradigms from which our subject has been oriented and is intended to be oriented, and how the dignity of the human person is implied in this. Thirdly, we propose the concept of vulnerability as a possible way of understanding the issue, from a theological perspective that seeks dialogue with ethics and health.

Keywords: Bad news. Communication. Vulnerability. Bioethics. Theology.

1 INTRODUCCIÓN

Comunicar malas noticias para nadie es fácil. Más aun cuando el contenido de ellas implica la posibilidad de la muerte de una persona y, sobre todo, cuando debemos, a esa misma persona, decirle que se va morir o que su calidad de vida se verá muy reducida de ahora en adelante. A este tipo de experiencias se ven enfrentados constantemente los médicos y hoy cada vez más enfermeras.

La bioética ha intentado abordar estos y otros temas durante las últimas décadas, procurando encontrar criterios que permitan orientar el quehacer profesional en el área de salud bajo parámetros humanistas, considerando a la persona como un fin en sí mismo. Sin embargo, el mismo desarrollo de su reflexión ha revelado cómo la profesión médica y la enfermería han estado bajo paradigmas que oscurecen la dimensión humanista que estas profesiones conllevan, paradigmas que se han unen, además, a inequidades en el sistema de salud y violación de derechos de pacientes (PERALES, 2016; FERRER y ÁLVAREZ 2005; TORRALBA, 2002).

En relación a lo anterior, se reconoce desde la misma medicina y enfermería la necesidad de recuperar, frente a un paradigma biologicista, una visión que valore como es debido al ser humano y sitúe la acción médica bajo este criterio. Por paradigma biologicista debemos entender una perspectiva de la práctica clínica que entiende la ciencia médica como la reposición de la salud de un organismo a través del diagnóstico, tratamiento, restauración y evaluación de los procesos biológicos del individuo. Si bien esta es la base de la ciencia médica, en general, el paradigma biologicista no incorpora suficientemente los otros factores que conforman e inciden en la vida humana y que la configuran como tal. En este sentido, el paradigma biologicista es una categoría entendida desde la ética que entenderemos en tensión o contraste a un paradigma humanista, que mira a la persona en su carácter integral. Para Martínez Hernández, por ejemplo, el paradigma biologicista ha sido la causa de una

fragmentación del paciente en especialidades y subespecialidades, deshumanizando la atención médica (2006, p. 10).

La relación entre médico y paciente adquiere distintas luces a partir del paradigma desde el cual se le observe, así como la comunicación de malas noticias asume distintas connotaciones dependiendo del paradigma desde el que es analizado. En este sentido, vemos como una necesidad de nuestro tiempo, marcado por el avance tecnológico, el desarrollo de la inteligencia artificial, por ejemplo, retomar la centralidad en la persona humana y profundizar reflexivamente en su justificación.

La comunicación de malas noticias es una realidad permanente dentro de las profesiones de salud, sin embargo, no siempre forma parte de la formación académica que reciben y se ven, por tanto, enfrentados a esta tarea sin las herramientas necesarias para comprender una tarea de este tipo desde una perspectiva centrada en la persona. Las preguntas de quienes trabajan en el área de salud se hacen respecto a este tema son preguntas que pueden ser iluminadas desde otras disciplinas, especialmente la ética, ya sea en su vertiente filosófica o teológica.

La intención de este trabajo es ofrecer una perspectiva teológica que permita, por un lado, profundizar en la comprensión de la problemática y proponer posibles criterios que permitan configurar una comunicación de malas noticias dentro de parámetros que salvaguarden la dignidad de la persona humana, entendida como centro de la profesión médica y enfermería. Por otro lado, la investigación puede ayudar a la construcción de una justificación del paradigma humanista o humanizador (GRACIA, 2004, p. 93-102) que, desde la misma profesión médica y de enfermería, se ha reconocido necesario recuperar (PERALES, 2008, p. 30-38). En este sentido, la presente investigación intentará ser un esfuerzo interdisciplinar entre áreas del conocimiento que no siempre se orientan a este diálogo, pero que, sin embargo, tienen mucho que aportarse mutuamente.

La hipótesis que orienta este trabajo considera que, para que exista una comunicación de malas noticias digna, es decir, que respete la dignidad de la persona humana, debe comprenderse este acto comunicativo desde el paradigma humanista, bajo el cual la vulnerabilidad, el reconocimiento, la simpatía y la reparación son conceptos éticos y teológicos fundamentales. Para ello el trabajo se divide en tres momentos. Primero, definiremos algunos conceptos básicos como

malas noticias y distinguiremos entre información y comunicación. En un segundo momento, intentaremos reconocer los paradigmas desde los cuales se ha orientado y se pretende orientar nuestro tema y cómo en ello está implicado la dignidad de la persona humana. En un tercer momento proponemos el concepto de vulnerabilidad como posibilidad de comprensión del tema, desde una perspectiva teológica que busca el diálogo con la ética y la salud.

2 CONCEPTOS PRELIMINARES

2.1 COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN

La teoría general de comunicación de Shannon y Weaver (1948), planteada desde la matemática y luego adoptada por Jakobson (1960) al área de la lingüística, entiende la comunicación como el acto por el cual un emisor transmite un mensaje a un receptor. La codificación es el proceso por el cual este emisor escoge un canal y un conjunto simbólico adecuado que le permita transformar su idea o pensamiento en una expresión o afirmación externa, entendible para el emisor, quien, a su vez, debe decodificar este mensaje para internalizarlo y apropiarse de él. Este modelo de comunicación, si bien puede presentar varias limitaciones en la medida que entiende la comunicación como una transmisión de mensajes con información, sigue siendo útil a la hora de adentrarnos en el fenómeno de la comunicación humana. La complejidad de la comunicación humana radica en que siempre nos estamos comunicando, ya sea de manera verbal o mediante gestos intencionados e incluso omisiones (el silencio también comunica algo).

Pero comunicar no es lo mismo que informar.

Por información debemos entender el acto de entregar cierto dato a una oyente. La acción, en este caso, está centrada en quien entrega la información, pues esta se resuelve una vez que ella haya sido entregada. Un comunicado de prensa, por ejemplo, entraría en esta categoría, pues lo importante está en dar a conocer la información. Una vez entregada, no hay nada más que hacer. En este sentido, no hay una responsabilidad del emisor respecto al receptor.

Por otro lado, en la comunicación la acción no está concluida hasta que haya habido correcta recepción de la información por parte del otro interlocutor. La acción implica a los dos, no sólo al emisor, sino también al receptor. En cierta medida, hay una responsabilidad, un resguardo con respecto al receptor por parte del emisor. Comunicar afecta al otro y hay que hacerse cargo, en cierta medida, de esta responsabilidad. En la información sólo hay preocupación por transmitir un dato, mientras que en la comunicación el emisor se responsabiliza para que este mensaje sea asumido correctamente por la otra persona que es afectada por él.

2.2 MALAS NOTICIAS

Tradicionalmente se define como una mala noticia “aquella que va a cambiar de forma grave o adversa las perspectivas del paciente sobre su futuro” (BUCKMAN, 1984, p. 288). De manera más específica entenderemos las malas noticias en el contexto de la salud aquellas que tienen relación con la muerte, pues ella es sino el gran adversario de nuestro futuro. Significa que no hay posibilidades de vida para el paciente, que hay un plazo de vida, un límite real a la existencia. Lo malo en la noticia tiene dos grandes ámbitos. Por un lado, en cuanto a su contenido, son malas porque su tema es la muerte, y hablar de la muerte personal es un tema grave, el más grave de los temas para una persona. Por otro lado, las malas noticias son malas en cuanto nos hacen mal, nos afectan o conmueven y cambian nuestra forma de vivir, nuestra manera de sentir.

Sobre el tema de las malas noticias se ha escrito bastante en los últimos 30 años. Según Kusminsky entre el año 2000 y 2010 se reconocen alrededor de 120 publicaciones sobre el tema en lengua inglesa (2013: 179-183). Un dato no menor, considerando que hasta 1980 no se encontraron referencias sobre el tema. Uno de los textos fundamentales sobre el tema es el de Buckman R., titulado *Breaking bad news: Why is it still so difficult?* (1984). A partir de allí, se incluye el tema en varios textos de bioética y numerosos artículos (BASCUÑAN et al., 2007; ARTUS et al., 2012). Destacamos entre lo publicado en habla hispana la Declaración de la Organización Médica Colegial Española *Cómo dar bien las malas noticias* (2010) y que entrega orientaciones fundamentales, sobre todo en relación al modo cómo debe ser ejecutado.

Los artículos que abordan el tema de la comunicación de malas noticias a pacientes terminales convergen en varios puntos. El primero de ellos se puede sintetizar en decir la verdad. El argumento por la verdad de lo que le pasa al paciente tiene un fundamento en el principio de

la autonomía y en considerar este valor como la base de la confianza entre las personas. Sin embargo, podemos notar que no siempre se la concibe fundamentada desde un punto de vista ético-filosófico, sino práctico: mentir implica una pérdida de la confianza del paciente hacia el médico y su misma familia, en caso de que sea ella la que interactúe con el médico o la enfermera. Esta situación puede incluso influir en cómo la persona enferma enfrenta posteriormente un posible tratamiento. Por lo tanto, es más conveniente o útil decir la verdad para evitar desconfianzas con el paciente que afecten su mismo tratamiento.

Unido al tema de la verdad se encuentra la necesidad de que la información entregada sea clara y precisa, comunicada de manera tal que el paciente la entienda y de que el médico se asegure que la comprende. Este momento es fundamental, pues, como lo expresan distintos artículos, se debe acompañar la entrega de información con gestos de cercanía que humanicen este proceso y no hagan perder de vista al médico que se trata de una persona que puede verse afectada por lo que se le dice. El médico, sin perder su rol, debe siempre mirar con esperanza todo proceso médico que fuere a iniciarse, aunque este tenga sólo objetivos paliativos. La presencia de algún familiar puede incluso ser beneficioso para el paciente y puede ser una ayuda al médico en el sentido de poder contener al familiar enfermo y transmitir con mejor exactitud a los demás familiares lo conversado en este momento (BASCUÑAN, 2005, p. 693-698; HERNÁNDEZ y TRUJILLO, 2009, p. 76-85; DÁVILA, 2013, p. 6-10).

Un tercer aspecto de convergencia tiene que ver con el contexto de disposición hacia el paciente, reflejado en dedicación de tiempo por parte del médico, un lugar adecuado, gestos que manifiesten cercanía, etc.

Un tercer punto común consiste en que la comunicación de las malas noticias al paciente no

depende de la familia. Sólo puede impedir esto un mandato explícito del paciente en que haya manifestado su deseo de no ser informado de su diagnóstico y pronóstico, de lo contrario, se ha de comunicar al paciente. Hay acuerdo general en que una buena comunicación de noticias de este tipo, lejos de dañar al paciente, lo puede ayudar a afrontar de mejor manera un futuro tratamiento. Esto se funda, y hay acuerdo en ello, en el forta-

lecimiento de la relación médico-paciente por la confianza que se acrecienta entre ambos.

Un último aspecto dice relación con entender la comunicación de malas noticias como un deber no sólo profesional, sino una necesidad ética y humana con respecto al paciente. Se reconoce una valoración de esta capacidad o destreza por parte del profesional médico, aunque no siempre hay una fundamentación filosófica o ética respecto al tema.

3 PARADIGMA DE LAS MALAS NOTICIAS

El tema de la comunicación de malas noticias adquiere distinta comprensión y valoración desde el paradigma que la apreciamos. Desde

nuestra investigación podemos afirmar que hay dos paradigmas fundamentales desde los cuales dirigir la mirada: el biologicista y el humanista.

3.1 EL PARADIGMA BIOLOGICISTA

Bajo este paradigma, el enfermo pasa a ser objeto de práctica y de saber médico, es decir, es objeto de experimentación. El pensamiento que está detrás de esta actitud es el modelo newtoniano–cartesiano que intenta comprender los hechos o la realidad bajo el prisma de la lógica y la matemática. Este es un enfoque reduccionista del ser humano, pues hace un estudio focalizado de la persona, olvidando el todo que ella conlleva. El cuerpo, bajo este paradigma, es una máquina, y la enfermedad es vista como un problema mecánico.

Este paradigma biologicista ha conllevado una deshumanización del cuidado en cuanto los protocolos y normas generales que rigen la acción sanitaria pierde de vista la dimensión interpersonal y se centra en la tecnología del cuidado y no en la persona. Los criterios economicistas, bajo este paradigma, han prevalecido por sobre los médicos. Se ha producido un aumento en el número de pacientes, lo que unido a la rotación constante de personal puede afectar la relación

con el enfermo (CIDONCHA y CAMPOS, 2004), aunque pueda tener esta una percepción positiva para el profesional (BAUTISTA et al., 2014, p. 79-80) o no incidir de manera significativa en su desempeño (CAMPOS et al., 2019, p. 13).

Estos elementos han provocado importantes pérdidas. Pérdida de atributos humanos en la atención a los enfermos terminales y enfermos en general. Pérdida de la dignidad de las personas y pérdida de autonomía de los pacientes. A esto se debe agregar la creciente despersonalización de la atención y el aislamiento al que es relegado cada vez más el paciente. En este contexto, la comunicación pierde la dimensión de intersubjetividad y queda relegada a una entrega de datos, que no necesariamente buscan responder a las preguntas de los pacientes, por estar marcado por conceptos técnicos, intraducibles para quien los escucha.

Dentro del paradigma biologicista, podemos reconocer, en el plano de la relación médico-paciente el modelo paternalista. Este modelo cor-

responde a un modo de relación en que el rol activo estaba relegado sólo a quien dominaba el saber y el lenguaje técnico y, por detentar tal capacidad, se consideraba una autoridad que tenía una responsabilidad paternal con quien sólo podía asentir a lo que el médico dictaminaba. Este modo de relación, que se entiende unido al paradigma mayor biologicista, o que depende de él, aún permanece en muchos médicos y enfermeras, pero aún más grave, se mantiene en los mismos pacientes quienes, en su rol pasivo, consideran que sólo deben escuchar y no pueden

preguntar o decidir sobre ellos mismos, sino que tienen que ser conducidos por otros.

Bajo el paradigma biologicista, la comunicación de malas noticias se comprende dentro de la lógica autoritaria, donde quien tiene el rol activo puede considerar tener la potestad de incluso decidir decir o no la verdad al paciente, pues no ve en el otro suficiente autonomía o capacidad para recibir la noticia. Puede darse, por el contrario, una excesiva preocupación, a tal punto que el médico decida todo por el paciente, considerándolo un niño incapaz de sobrellevar solo la condición en que se encuentra.

3.2 PARADIGMA HUMANISTA Y COMUNICACIÓN

Hoy en día se habla, tanto en el área de la medicina como de enfermería, de un cambio de paradigma o, por lo menos, en una ampliación en la perspectiva con la cual se veía la enfermedad. El foco ha pasado de una preocupación exclusiva de la enfermedad en sí misma a la persona enferma. Esta amplitud en la mirada hacia la persona que sufre la enfermedad es lo que se denomina paradigma humanista (GRACIA, 2004, p. 93-102), es decir, la atención está centrada en la persona entendido como ser integral, y la enfermedad como un quiebre de esta integralidad. Por tanto, una verdadera recuperación o atención médica implica atender al paciente como con una historia única y valiosa en sí misma.

El tema de la humanización adquiere relevancia en relación al desarrollo de la técnica. Al parecer, el desarrollo de la segunda va en desmedro de la primera. Para Diego Gracia, humanizar implica un reconocimiento de la dimensión afectiva y valórica del ser humano, descuidada en la reflexión moderna por su afán racionalista en el ámbito de la salud. La tesis biologicista implicaría no reconocer estas dimensiones, pues sería un factor que perturbaría el aspecto técnico: "Humanizar la medicina es introducir en ella el mundo de los valores, tenerlos en cuenta; en última instancia, superar por fin el viejo prejuicio positivis-

ta" (GRACIA, 2004, p. 97). Esta humanización implicaría conocimientos, habilidades y actitudes.

Lo que deshumaniza la salud han sido tres grandes factores: primero, el afán positivista (biologicista), por el cual la técnica ha tenido mayor importancia que la persona, es decir, lo que debería ser un medio, se ha vuelto un fin. Esto se manifiesta en la necesidad de regular la experimentación en seres humanos. El segundo factor es el mercantilismo que ha influido el área de la salud. Los criterios de eficiencia y de costo beneficio, que provienen de la economía, ha conducido a que la salud tenga que desarrollarse desde las posibilidades económicas y no desde las necesidades humanas. Y el tercer factor, unido al anterior es la negación del acceso universal a la salud. La salud ha pasado a ser un privilegio, especialmente de la clase acomodada, quienes tienen acceso a muchas posibilidades de sanación permitidas por sus posibilidades económicas (GARCÍA y ALARCOS, 2002, p. 15-19).

La valorización de la persona por parte del paradigma humanista conlleva una renovada comprensión de la comunicación de malas noticias en la relación médico-paciente. Esto, porque el fundamento de una verdadera comunicación requiere de un reconocimiento del otro como persona, considerarla como un igual a mí en digni-

dad y, por tanto, merecedor de respeto, que se manifiesta en considerar su autonomía y derecho a saber la verdad. El médico, al entender que está al servicio de la persona, no puede tratar de

otra manera al paciente, pues, aunque posea un conocimiento especializado que le otorga poder con respecto al paciente, no puede olvidar que está en un diálogo con otra persona, como él.

4 VULNERABILIDAD Y COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS

4.1 EL DIÁLOGO COMO EXPRESIÓN ANTROPOLÓGICA

El ser humano es definido por la tradición cristiana como persona. Tal definición implica fundamentalmente el carácter único del individuo y su relacionalidad con los demás. No se define, entonces, a sí mismo si no es en relación a los demás. Este aspecto traspasa incluso su corporalidad: el hombre biológicamente está orientado o referido a la mujer y viceversa. Es un ser volcado hacia el otro. Por tanto, solo hallará su plenitud si lo hace unido a otras personas. Por ser persona, el ser humano es un ser social (Gaudium et Spes, n. 12).

La expresión más eminente de este carácter relacional de la persona se manifiesta en el diálogo, pues en él el ser humano pone en juego su racionalidad y voluntad, saliendo libremente de sí mismo hacia el otro. Es un movimiento recíproco con la otra persona que involucra valores huma-

nos tan importantes como el respeto, la fraternidad, la igualdad, la libertad, etc.

La verdadera comunicación entre dos personas tiene que ser, finalmente, un diálogo. Y esto porque, como lo hemos reconocido más arriba, la comunicación conlleva una responsabilidad hacia el otro, estar atento a las necesidades del otro. Este "estar volcado" hacia el otro es un rasgo esencial del diálogo compartido por la comunicación.

¿En qué se funda esta responsabilidad hacia el otro presente en la comunicación? Queremos aquí proponer el concepto de vulnerabilidad como criterio hermenéutico y ético del tema. Por un lado, nos permite comprender la comunicación de las malas noticias en un contexto antropológico y, por otro lado, como condición humana irrevocable y universal, nos permite establecer exigencias éticas.

4.2 VULNERABILIDAD EN SU DIMENSIÓN ÉTICA Y TEOLÓGICA

La *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* adoptada por la UNESCO del año 2005 considera "la vulnerabilidad como una condición humana que debe ser respetada y considerada como criterio a la hora de aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas" (Art. 8). Este documento refleja una creciente preocupación por la búsqueda de nuevos principios orientadores en la bioética, más allá de los propuestos por

el Informe Belmont, que puedan dar una comprensión más profunda del ser humano y resguardar de mejor manera su dignidad.

La palabra vulnerabilidad proviene del latín *vulnus* que significa herida, golpe, punzada o aflicción. Lo interesante es que la palabra *cura*, también del latín, que significa curar, cuidar, está unida a la anterior como su respuesta. La misión de médicos y enfermeras está, por tanto, orientada irremediablemente a cuidar esta vulnerabilidad humana.

La experiencia de la vulnerabilidad ha acompañado al hombre desde sus inicios. La desprotección, el desamparo, lo han situado permanentemente ante la finitud de su existencia. Esta experiencia ha posibilitado el surgimiento de las sociedades, en la medida que la vida en común ha significado siempre un sentido de pertenencia y protección. Por lo mismo, la experiencia humana común de la vulnerabilidad nos liga al resto de las personas. Nos permite pasar de una ética de la culpabilidad a una ética de la responsabilidad. En la primera, sólo en la medida en que he causado un mal al otro me hago cargo de él; en cambio, en la segunda, por la vulnerabilidad logramos experimentar que todos somos responsables de otros humanos, aunque no seamos culpables.

Ver a alguien sufriendo por causas que no podemos manejar nos mueve de la misma manera a la ayuda por las víctimas, pues nos reconocemos nosotros mismos como posibles víctimas. Esta solicitud por el otro conlleva en este acto un reconocimiento del otro como otro semejante, aunque sea de un ámbito lejano, incluso con un extraño (MONTERO, 2012; CONILL y CORTINA (2012). La posibilidad de sufrir un mismo daño, por no somos diferentes a esas víctimas, es el trasfondo de la regla de oro que ha guiado desde antiguo a la humanidad: "no hagas a otro lo que deseas que te hagan a ti".

¿Quién es vulnerable? El proyecto BIOMED, que desea instalar principios de la bioética europea, propuso en el año 2000 una alternativa al modelo del Informe Belmont. Los principios propuestos eran: autonomía, integridad, dignidad y vulnerabilidad. A partir de ellos se puede comprender el último principio, pues se entiende por vulnerable aquel cuya autonomía, integridad o dignidad se ven amenazadas (SOLBAKK, 2011, p. 89-101).

Luego del reconocimiento, aparece la reparación como una necesidad al constatar la vulnerabilidad humana y mi responsabilidad con el otro. Es una constatación que reclama una respuesta ética. Esta reparación, que es una restitución de dignidad humana mediante un acto humanizante o humanizador, que, según Montero (2012) encuentra en el perdón una expresión ejemplar.

De ser así, la palabra humana puede ser concebida como un medio de restauración de dignidad. La palabra ha tenido en la historia antigua de la medicina un papel importante, en cuanto era un medio de sanación (LAÍN ENTRALGO, 1958).

Estos elementos (vulnerabilidad, reconocimiento y reparación) constituyen una tríada ética que se exigen mutuamente. Esta tríada es reconocida no sólo en su dimensión antropológica, sino también puede ser percibida en su vertiente teológica, especialmente en la praxis de Jesús. En el Nuevo Testamento podemos reconocer en dos aspectos esta tríada. El primer aspecto es la dimensión soteriológica de la persona de Jesús. El acontecimiento de la resurrección de Jesucristo constituye la reparación por antonomasia del ser humano, quien por Dios es reconocido como ser vulnerable herido por el pecado. Podríamos decir, que Dios mismo se hace vulnerable en la Encarnación, asumiendo así plenamente nuestra condición humana. Esta vulnerabilidad se pondrá de manifiesto de modo potentísimo en la Pasión de Jesús. En ella, Jesús experimenta esta vulnerabilidad humana incluso como abandono por parte de la misma familia humana: una sociedad que castiga injustamente con la muerte a uno de sus miembros.

Un segundo aspecto es la dimensión ética que podemos reconocer en la praxis de Jesús. Basta en este sentido, comentar el texto del ciego Bartimeo (MARCOS 10, 46-52). El ciego Bartimeo es la imagen del hombre vulnerado, herido por su enfermedad, está a la orilla del camino, como signo de su exclusión o vulneración social. Bartimeo llama a Jesús, reconociéndose pecador, un ser frágil, vulnerable. Le invoca diciendo: "Jesús, hijo de David, ten compasión de mí". Jesús lo manda a llamar, luego de que los discípulos intentan acallarlo. El ciego es reconocido por Jesús como persona. Aquél a quien nadie reconoce, pues está a la orilla del camino, excluido, es reconocido por Jesús como otro necesitado, ser humano vulnerable. Es la condición humana compartida de la vulnerabilidad la que permite este encuentro, pues Jesús, en su pasión, también experimentará en extremo esta

vulnerabilidad. Jesús no sólo reconoce, también repara la dignidad del ciego Bartimeo. Es interesante que Jesús sane a Bartimeo por medio de la palabra, específicamente por el perdón de sus pecados. Es un signo de la reparación radical,

profunda y radical realizada por Dios. Reparado en su vulnerabilidad interna, Bartimeo recupera su dignidad social. El texto concluye diciendo que seguía a Jesús por el camino, junto a los otros discípulos.

4.3 COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS Y VULNERABILIDAD

La comunicación de malas noticias es, en el plano de la salud, uno de los momentos en que el ser humano experimenta profundamente su vulnerabilidad. Esto porque consiste en la confirmación o comprobación de una posibilidad que siempre vemos lejana o para los otros, no para mí en particular: la muerte. Así como la comunicación es un acto eminentemente humano, por manifestar la racionalidad y voluntad humana, la vulnerabilidad experimentada sitúa más hondamente la propia existencia bajo el horizonte de la finitud.

La comprensión de la vulnerabilidad como una condición humana es puesta de relieve dentro del paradigma humanista que, como hemos ya afirmado, pone en el centro del foco al enfermo, al que padece, a la persona vulnerable. En el paradigma biologicista, al centrarse en la enfermedad, en la parte afectada, la vulnerabilidad es vista como la manifestación de una ruptura o desequilibrio en el funcionamiento del organismo humano. El enfermo, por su misma enfermedad, ya experimenta hondamente su vulnerabilidad. En esta situación, la comunicación de malas noticias puede ser una gran instancia que ayude a

una restitución o reparación de la dignidad humana. Esto porque un diálogo que reguarde la dignidad del otro establece confianza, la que implica sensación de amparo o resguardo.

En este contexto de vulnerabilidad, la comunicación de las malas noticias por parte del médico conlleva dos grandes consecuencias: o se transforma en una transmisión de información que no hace otra cosa que ahondar la experiencia de vulnerabilidad hasta el punto de que se transforme en experiencia de abandono, o es una instancia en que se le restituya dignidad a la persona abatida por la enfermedad.

Para Montero, "la vulnerabilidad propia y la del otro reclaman una elección ética, y esta es indicio de moralidad" (2012, p. 67). No puede ser, desde esta perspectiva planteada, la comunicación de una mala noticia un acto no médico, sino un momento importante del ejercicio de su profesión, en cuanto es el momento de "aliviar desde la palabra" al enfermo que ha recurrido a él desde su vulnerabilidad. Debe haber una decisión ética por parte del médico, como fruto de este experimentarse también él vulnerable.

4.4 LA SIMPATÍA, CATEGORÍA DE HUMANIZACIÓN

Pensar en la simpatía dentro de la disciplina de la salud puede parecer un tema superficial o circunstancial, que nada tiene que ver con la gravedad que conlleva dar malas noticias. Sin embargo, ya Max Scheler aborda esta temática con la intención de fundamentar una ética filosófica desde el amor. Para Scheler, por debajo de

los actos que realiza el hombre hay una actitud general que es su raíz, que los filósofos griegos dieron el nombre de ethos. Este ethos es adoptado libremente por el sujeto, pero difícilmente modificable por asentarse en el fondo de su alma, es la fuente de toda su vida moral. Para Scheler este fundamento es el amor (MUÑOZ, 2010, p. 9-22).

En la exploración de este fundamento el filósofo alemán se preocupa de la simpatía. Ella, en este caso, está ligada con el reconocimiento de la otra persona, el cual solamente se da cuando tenemos por real al sujeto con quien se simpatiza.

Pues la simpatía está ligada por ley esencial con el tener por real al sujeto con quien se simpatiza. Desaparece, pues, cuando en lugar del sujeto tenido por real aparece un sujeto dado como ficción, como "imagen". La plena superación del autoerotismo, del egocentrismo tímido, del solipsismo real y del egoísmo, tiene lugar precisamente en el acto del simpatizar. La "realización" emocional de la Humanidad como un género tiene, por ende, que haberse llevado a cabo ya en la simpatía, para que sea posible el amor al hombre en este específico sentido (SCHELLER, 1957, p. 131).

En este sentido, la simpatía conlleva una supe-

ración del egoísmo personal, es una salida de sí mismo. El paradigma biologicista está centrado en el médico, pues él es el agente activo, el que tiene conocimiento, poder y decisión. La comunicación, bajo este esquema, se transforma en información, donde la recepción en el otro del mensaje no era considerada. Con la categoría de simpatía, el emisor sale de sí mismo, considera al otro alguien real, un verdadero interlocutor. Ser simpático con el otro connota, por tanto, una profunda dimensión ética que muchas veces podemos pasar por alto, que es la valoración del otro, el reconocimiento de su dignidad. Si en el acto de simpatizar hay una superación del propio egoísmo, podemos decir que quien simpatiza con otro a la vez crece o se supera él mismo. Si entendemos la comunicación como un acto humanizador podemos decir que no lo es sólo para quien recibe las noticias, sino también para quien las entrega.

5 CONCLUSIÓN

La recuperación, por parte de la medicina y también de la enfermería, de la dimensión humanizadora de su profesión no se realiza por decreto o por aplicación de protocolos. Ella se realiza por la instauración de conocimientos, habilidades y actitudes. En este sentido, nuestro trabajo ha querido tensionar el tema de la comunicación de las malas noticias con una fundamentación ética y teológica que nos ayude a comprender más profundamente y, desde la perspectiva de la persona humana, esta situación, siendo un insumo a la dimensión conceptual del problema. La pregunta, en este punto, es ¿desde qué convicción o motivación actúa éticamente el médico?

Un segundo punto que podemos concluir es que no podemos comprender prácticas médicas éticas si no se fundan en planteamientos que reconozcan nuestra condición humana compartida. Solo en el reconocimiento mutuo como personas podremos avanzar hacia una sociedad realmente solidaria. En este sentido, la pregunta es ¿hasta qué punto el médico se reconoce a sí

mismo en el paciente?

Un tercer punto es propiamente teológico. Si la teología se debe preguntar por el lugar de revelación hoy, a partir de la vulnerabilidad como criterio teológico, Dios estaría en el ser humano vulnerables, en el enfermo que padece, sufre y es abandonado. Pero también se nos abre otra dimensión. Dios, como Jesús lo manifiesta en los relatos de sanación, estaría en el médico, que padece con el enfermo al asumir y responder a esa vulnerabilidad. Dios estaría en el médico que simpatiza con el enfermo y repara su dignidad mediante una humana comunicación.

Pueden existir muchas perspectivas respecto a la fundamentación de este tema, pero creemos que no podemos renunciar a conceptos que nos sitúen siempre en relación con la dignidad de la persona humana. La profesión médica y la enfermería corre el riesgo de deshumanizarse. Detenerse a dialogar con otros sobre lo que hace y lo que siente, creemos que es un buen camino para humanizarse y humanizar.

REFERENCIAS

ARTUS, A.; BEAUX, V. Y; PÉREZ, S. 2012. Comunicación de malas noticias. **Rev. Biomedicina**, 7, n. 1: 28-33. https://psicologosemergenciasbalears.files.wordpress.com/2018/12/malas_noticias.pdf.

BASCUÑAN; ROIZBLATT. 2007. Comunicación de malas noticias en medicina: un estudio exploratorio. **Revista Médica** 5, n. 2: 28-31. <https://doi.org/10.15581/021.9132>.

BASCUÑAN, M. L. 2005. Comunicación de la verdad en medicina. Contribuciones desde una perspectiva psicológica. **Rev. Médica Chile**, vol. 133: 693-698. <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v133n6/art12.pdf>.

BAUTISTA-RODRÍGUEZ L.M.; DIOSA-RODRÍGUEZ M.P.; GIL-MARLÉS, J.; MÉNDEZ-HERNÁNDEZ R. E.; CRUZ-SUÁREZ E. L.; BLANCO-GRIMALDO S. J. 2014. Percepción del personal de enfermería ante la rotación en los servicios de hospitalización. **Revista ciencia y cuidado**, vol. 11, n. 2: 74-83. <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/199>.

BECA, J.; ASTETE, C. 2012. **Bioética clínica**. Chile: Mediterráneo.

BUCKMAN, R. 1984. Breaking bad news: Why is it still so difficult? **Br Med J**. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1441225/pdf/bmjcred00502-0041.pdf>.

CAMPOS, P.; GUTIÉRREZ H. C; MATZUMURA J. 2019. Rotación y desempeño laboral de los profesionales de enfermería en un instituto especializado. **Revista Cuidarte**, Vol. 10, n. 2: 1-14. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.626>.

CONILL, J.; CORTINA, J. 2012. La fragilidad y la vulnerabilidad como partes constitutivas del ser humano. En: (Eds.) Beca J. Astete C. **Bioética clínica**, p. 117-127. Chile: Mediterráneo.

DÁVILA, E. 2013. El arte de comunicar malas noticias en medicina. **Revista de la comisión de bioética de México**, Vol. 4, n. 7: 6-10. https://salud.edomex.gob.mx/salud/documentos/acercade/cobiem/revistas/revista_bioetica_7.pdf.

FERRER, J.; ÁLVAREZ, J. 2005. **Para fundamentar la bioética: teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea**. Madrid: Desclée de Brouwer.

GARCÍA FÉREZ; ALARCOS, F. 2002. **Diez palabras clave en humanizar la salud**. Navarra: Verbo divino.

GRACIA, D. 2004. Como arqueros al blanco. **Estudios de Bioética**, Madrid: Triacastela.

HERNÁNDEZ, I.; TRUJILLO, C. 2009. Comunicación de malas noticias a pacientes con enfermedades neurodegenerativas: habilidades del personal médico. **Revista Latinoamericana de Bioética**. Vol. 9, n. 2: 76-85. <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v9n2/v9n2a06.pdf>.

JAKOBSON, ROMAN. 1960. Closing Statements: Linguistics and Poetics. En Thomas A. Sebeok, **Style In Language**. Cambridge, MIT Press.

KUMINSKY, G. 2013. La comunicación de una mala noticia en la práctica médica. **Revista Hematología**, Vol. 17, n. 2: 179-183. <https://www.sah.org.ar/revistasah/numeros/vol17-n2-Lacomunicacionmalanoticia.pdf>

LAÍN ENTRALGO, P. 1958. La Curación por la palabra en la antigüedad clásica. Madrid: **Revista de Occidente**.

MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, C. 2006. Errores médicos en la práctica clínica, del paradigma biológico al paradigma médico social. **Revista Cubana de Salud Pública**, vol. 32, n. 1: 1-14. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000100013

MONTERO, C. 2012. **Vulnerabilidad, reconocimiento y reparación. Praxis cristiana y plenitud humana.** Chile: Universidad Alberto Hurtado.

MUÑOZ, E. 2010. El rol del amor en la construcción de una ética fenomenológica. **Revista Veritas**, n. 23: 9-22. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-92732010000200001>

PERALES, A. 2008. Ética y humanismo en la formación médica. **Acta bioethica**, vol. 14, n. 1: 30-38. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2008000100004>

SCHELER, M. 1957. **Esencia y formas de la simpatía**, Buenos Aires: Losada.

SHANNON. 1948. A Mathematical Theory of Communication. En: **The Bell System Technical Journal**, 27: 379-423.

SOLBAKK, J. H, 2011. Vulnerabilidad: ¿principio fútil o útil en la ética de la asistencia sanitaria? **Revista RedBioética/Unesco**. Vol. 1, n. 3: 89-101. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000212982>

TORRALBA, F. 2002. **Ética del cuidar: fundamentos, contextos y problemas.** Madrid: Mapfre.

UNESCO, 2005. **Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos:** http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html