



Doctor

ALVARO RODRIGUEZ GAMA

Editor

Revista de la Facultad de Medicina
Universidad Nacional de Colombia
Ciudad

Deseo expresarle mis conceptos sobre el **EL ROL DEL FONOAUDIOLOGO EN LA PRESTACION DE SERVICIOS HUMANOS:**

La ASHA (American Speech-Language Association) en 1982 definió la fonoaudiología como: "una rama del conocimiento, tanto teórica como aplicada, centrada en la comunicación humana y sus desórdenes". Además del conocimiento teórico y aplicado acerca de los desórdenes de habla, lenguaje y audición y del traccional conocimiento en las ciencias del lenguaje y la audición, la disciplina recientemente ha incorporado apreciable información acerca de la estructura y uso del lenguaje en comprensión y producción, como también conocimiento relevante en los dominios cognitivo, social y físico en relación a la adquisición, uso y disolución de los sistemas comunicativos (1).

En algunos contextos se define al fonoaudiólogo, también llamado terapeuta del lenguaje o patólogo del lenguaje, como el profesional que aplica principios, métodos y procedimientos de medición, identificación, predicción, consejería consultoría o instrucción relacionada al desarrollo y a los desórdenes de habla, voz, lenguaje y audición con el propósito de identificar, prevenir, manejar, habilitar o rehabilitar, mejorar o compensar y/o modificar tales desórdenes y promover mejores condiciones comunicativas en

individuos o grupos de individuos (1).

Otros profesionales de la fonoaudiología intentan resumir los servicios profesionales así:

En el área de la patología de habla y lenguaje: 1) Identificación de niños y/o adultos con desórdenes de habla y lenguaje. 2) Diagnóstico y estimación del desorden específico de habla y lenguaje. 3) Remisión para atención médica o de otro profesional requerido para la habilitación de los desórdenes de habla o lenguaje. 4) Proveer servicios de habla y lenguaje para la habilitación o prevención de desórdenes comunicativos. 5) Brindar consejería y orientación a familiares, niños y maestros respecto a los desórdenes de habla y lenguaje.

En el área de audiología: 1) Identificación de niños y/o adultos con pérdida auditiva. 2) Determinación del tipo, naturaleza y grado de pérdida auditiva, incluyendo remisión para atención médica o de otro profesional para la habilitación de la audición. 3) Proveer actividades habilitativas tales como habilitación o terapia del lenguaje, entrenamiento auditivo, lectura labiofacial, evaluación auditiva y conservación del habla. 4) Creación y administración de programas para la prevención de pérdidas auditivas. 5) Consejería y orientación de allegados, parientes y maestros respecto a las pérdidas auditivas. 6) Determinación de las necesidades del niño y/o adulto para amplificación individual o de grupo,

selección y hallazgo de una adecuada ayuda auditiva y evaluación de la efectividad de la amplificación (1).

Más que una enumeración de funciones, la fonoaudiología en Colombia hoy, enfrenta el reto de dar respuesta con otros profesionales a la situación de salud de la población general, al acceso y equidad en los servicios de salud, a la participación comunitaria, a los nuevos marcos legales en salud, seguridad social y educación y al nuevo ordenamiento económico y de gestión.

Se requiere entonces que de un tradicional rol en el nivel terciario de atención en salud, caracterizado por las acciones especializadas en el campo de la rehabilitación, se integre a la labor interdisciplinaria en los niveles primario y secundario, en los escenarios locales y regionales y con despliegue de acciones en las áreas de: comportamiento y salud, promoción de la salud y calidad de vida, prevención, detección temprana, diagnóstico y manejo oportuno, habilitación y/o rehabilitación necesarias e integrales, vigilancia epidemiológica, investigación en salud y en fonoaudiología, registro y manejo de sistemas de información, programas de conservación ambiental, identificación y control de riesgos, promoción del bienestar comunicativo, adecuación y facilitación de sistemas compensatorios o alternativos de comunicación individual o de grupo.

El fonoaudiólogo se desenvolverá,

como lo hace ya, en los campos de: salud, educación, bienestar social y desarrollo comunitario, organización y gestión, salud ocupacional, determinaciones legales, investigación básica y aplicada, desarrollo tecnológico.

Su labor será guiada por principios fundamentales hoy para el trabajo en una nueva conceptualización de salud y vida: 1) Sus acciones se enmarcarán en el proceso vital humano (2): "... los conceptos y las prácticas frente a la enfermedad y a la salud tienen una variabilidad, no solo temporal, sino una esencialmente articulada con las variaciones en las formas de entender nuestra interrelación, en las formas de la distribución y circulación de la riqueza y, en consecuencia, en función de las distintas representaciones que nos hacemos de nosotros mismos, de la naturaleza y de la sociedad...". 2) El trabajo en salud actual requiere del concurso de múltiples disciplinas y profesiones; no compete sólo a los profesionales del área de la salud. Es entonces un abordaje interdisciplinario buscando una mayor calidad de vida. Para la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (3): "...las áreas críticas identificadas en las prestaciones a las personas y al ambiente, evidencian una notoria ausencia de las ciencias sociales. Por tradición, los factores biológicos, físicos y químicos han sido estudiados con mayor amplitud, lo cual contrasta con el poco conocimiento generado en relación al papel del ambiente sociocultural en la determinación del nivel de salud o enfermedad de individuos, familiar y comunidades...". 3) A la luz de la OPS/OMS (3): se plantean estrategias y líneas de acción para enfrentar la crisis en el modelo de prestación de servicios de salud (MPSS) y en el modelo social de prácticas de salud (MSPS): "...asegurar la vigencia del derecho a la salud en condiciones de justicia y equidad; permitir que la población asuma sus responsabilidades

en el ejercicio de sus deberes y derechos con respecto a la preservación y promoción de la salud personal, comunitaria y del ambiente; y definir áreas prioritarias para la formación avanzada en salud pública.

En este contexto se reconocen tres grandes objetivos para la formulación de estrategias de acción: fortalecer la idoneidad e identidad del MPSS; desarrollar la articulación interseccional para la acción en salud y estimular y fortalecer el protagonismo de la población en el contexto de la MSPS".

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Flower R. Delivery of Speech-Language Pathology and Audiology. Baltimore: Williams & Wilkins. 1984: 1-14.
2. Franco S. Proceso vital humano - Proceso salud enfermedad: una nueva perspectiva. En: Etica, universidad y salud. Memorias del Seminario Marco Conceptual para la formación del profesional en salud. Universidad Nacional de Colombia - Ministerio de Salud. 1993: 63-71.
3. Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud. Una iniciativa OPS/OMS. Análisis de la prestación de servicios de salud 1989-1990. En: La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. OPS, Washington. 1992: 35-50.

Cordialmente,

OLGA GOMEZ DE BRICEÑO
Profesora Asistente
Departamento de Terapias
Facultad de Medicina, U.N.

LA MUERTE ¿TIENE UN NUEVO ROPAJE ESTA VIEJA COMPAÑERA?

*«Al final del laberinto espera el silencio,
 al fondo de la noche el fuego del sacrificio.
 Mas allá del sueño, al borde del abismo,
 se aposenta el infinito.
 El fin es el comienzo, es regreso, es origen.
 Porque se es hijo de la tierra, se funde la
 sombra con la arcilla.
 Porque se es hijo de la noche, el alma toma el*

*camino de las estrellas.
 Porque se es hijo del agua, se es nube y
 océano, aguacero y lágrima».* (1)

Como se trata de la única certeza de la existencia humana, la muerte impregna todas las mitologías y todas las culturas. La angustia sobre lo que supone la muerte y lo que sucede después de ella, ha inspirado mitos muy diferentes que reflejan diversas actitudes, desde el miedo hasta la aceptación serena.

En esta breve reflexión tocaré tres aspectos a propósito del tema de la muerte. En primer lugar las modificaciones que ha sufrido el proceso de morir en la sociedad moderna; en segundo lugar, el papel del médico en esto, que yo llamaría, una nueva forma de morir y por último algunos aspectos médico-legales y éticos.

En la época en que los abuelos de hoy eran niños, morir era un evento que tenía lugar casi siempre en la propia cama y, todos los miembros de la familia se enfrentaban a la ligazón ineludible entre la vida y la muerte, como algo completamente natural.

No sólo quienes rodeaban al moribundo se preparaban para la muerte, propia y la del otro, habilitándose para ayudarlo. Este último tenía un tiempo de reflexión profunda y de acercamiento para despedirse y arreglar todas sus cuentas y deudas, tanto económicas como afectivas. Ejemplos de ello eran: el rol de las mujeres en la preparación del cadáver y el rito de la velación, procesos útiles para manejar el duelo y demostrar el afecto a quien se acaba de marchar.

Hoy, en nuestra sociedad, morir es un proceso que tiene lugar lejos de la casa: en el hospital, lejos de la familia, la mayor parte de las veces solo.

La forma en que nuestra sociedad valora la vida, desde un concepto de productividad de tipo económico, desde un «tener» que es más importante que el ser, es uno de los factores determinantes para que nos genere tanto miedo llegar a la vejez. A esta edad, estamos más próximos a morir y, de las dos maneras,

siendo viejos o muriendo, perdemos inevitablemente la capacidad de producir y de tener, perdemos el aprecio y el respeto de los demás.

Por el temor a la muerte, nuestra población de viejos experimenta, en múltiples aspectos, el desdén o el desinterés de la sociedad. En el intento de mantener la idea de morir lo más lejos posible, se desconoce su papel, como portadores de la historia, de las tradiciones y leyendas, que hacen la cultura. Se desperdician los elementos que identifican el grupo familiar y que reafirman los criterios de pertenencia en cada uno de sus miembros.

Con el desarrollo y el progreso en las condiciones de vida, la humanidad ha logrado prolongar el promedio de supervivencia. A ello, contribuyen, sin duda, los adelantos de la medicina y de la técnica, mejorando los medios de diagnóstico y de tratamiento para enfermedades que, en otro tiempo, era imposible diagnosticar y por tanto tratar en forma adecuada.

Esta prolongación de supervivencia, que va ligada a una mejor condición del vivir humano, aún en medio de la enfermedad, también ha permitido, que muchas personas se vean inmersas en un lento y prolongado proceso de morir.

Al sacar el proceso de morir de los hogares, la sociedad, también ha logrado, hacer en torno a la muerte, toda una industria comercial. La entrega o la realización de un certificado de defunción; los servicios de las funerarias, los ataúdes, las ceremonias y las diversas clases de tumba tienen un costo cada vez mayor. Se promueve un culto a los muertos que, a la entrada de los cementerios, termina convirtiéndose en un mercado persa de flores, espermas y baratijas.

En las grandes ciudades, las nuevas generaciones han crecido lejos de la muerte, viéndola como una circunstancia ajena y distante, como una de esas condiciones que la mayor parte de la gente quiere ver lo más lejos posible de sus hogares. Un estado que todos

queremos eludir no sólo como evento directo, sino como evento que le ocurra a los demás.

En esta nueva forma de morir, ¿qué papel jugamos los médicos, los trabajadores y las instituciones de salud?

Desde las premisas anteriores, parece natural, que el hospital o la clínica sean el sitio para vivir los últimos momentos de la vida. Lo que definitivamente no puede ser natural, es que ésto tenga que ocurrir fuera de un contexto humano y humanitario.

Al llegar a la universidad, un gran número de los estudiantes de medicina, no ha tenido que enfrentarse a la muerte de alguna persona cercana, ni a la elaboración de un duelo por la pérdida de un ser querido. Probablemente tampoco haya pensado en la muerte como un evento indefectiblemente ligado a la vida y a su futuro ejercicio profesional.

La reflexión que genera el acompañar durante su muerte a otro ser humano ha debido hacerla por primera vez, al momento de fallecer uno de los pacientes que tuvo a su cargo durante la formación. La mayor parte de las veces, sin contar con unos mínimos instrumentos conceptuales que le permitieran sentirse partícipes de un hecho fundamental de la vida de ese ser humano, acompañándolo y ayudándole a encontrar serenidad.

Puesto que todos formamos parte de esta sociedad, indefectiblemente todos los implicados en el proceso de morir: enfermo, terapeuta, personal de enfermería y familiares, nos estamos enfrentando a este tránsito, con ansiedad y con miedo. Lo cierto es que nadie se ha preparado para culminar la vida; nos angustia llegar a morir solos o en medio de grandes sufrimientos y nos avergüenza morir sin haber concluido o alcanzado las metas propuestas.

Como otros tantos, este tema no es objeto de conversaciones cotidianas. Hablar sobre la muerte resulta pesado, atemorizante. Quien menciona su posibilidad resulta ser «ave de mal

agüero» y en muchas ocasiones, al médico que la manifiesta probable, se le mira como incompetente.

Aunque la muerte ronda los pasillos de los hospitales, tampoco es tema de conversaciones o disertaciones científicas y no forma parte de los contenidos del programa de estudios. En la vida cotidiana nos referimos a la muerte con eufemismos; la anunciamos diciendo que «se acerca el fin» o «ha llegado el momento» y la informamos como «descansó en paz». Resulta entonces muy difícil, encontrar las palabras para construir el diálogo con un moribundo; para hablar con su familia; para consolar y ayudar a manejar la pérdida.

Deleuze G, en su libro «La lógica del sentido», da a la muerte la connotación de acontecimiento: «circunstancia en la que se conjugan no sólo la aceptación incondicional del evento cuando sucede, sino el deseo porque suceda». ... ser digno de lo que nos ocurre, esto es quererlo y desprender de ahí el acontecimiento, hacerse hijos de sus propios acontecimientos y, con ello, renacer, volverse a dar un nacimiento, romper con su nacimiento de carne» (2).

Prepararse para morir supone estar dispuestos no sólo a aceptar la muerte, sino quererla en el momento en que ella ocurra. Es, transformar un accidente o una casualidad, en un acontecimiento que podemos controlar con nuestra voluntad, porque surge de ella, como «verdad del hombre libre, porque él ha captado el acontecimiento mismo, y porque no lo deja efectuarse como tal sin operar, actor, su contra-efectuación» (2).

Savater le escribe a Amador: «Verás: para los humanos, que somos capaces de tener la conciencia previa de la muerte, de comprenderla como fatalidad insalvable, de pensarla, morir no es simplemente un incidente biológico más, sino el símbolo decisivo de nuestro destino, a la sombra del cual y contra el cual edificamos la complejidad soñadora de nuestra vida». «...los hombres no sólo hemos procurado resguardar

nuestras vidas sino sobre todo fortificar nuestros ánimos contra la presencia de la muerte, vencéndola en el terreno de lo simbólico (ya que no se puede en el otro». «...El grupo social se presenta como lo que puede morir, a diferencia de los individuos y sus instituciones sirven para contrarrestar lo que cada cual teme de la fatalidad mortal...» (3).

Recupera Savater para mí una idea fundamental: la capacidad humana de reflexionar, de pensar la muerte, de vivirla no sólo como evento biológico aislado, sino como punto de referencia en torno al cual construimos, en cierto sentido, nuestro modo de vivir. Trascender en los otros; quedar en la memoria y en la historia de la familia, de la sociedad o de la humanidad en general.

«Claro que ante la inmortalidad no hay igualdad entre las personas. Tenemos que diferenciar entre la denominada pequeña inmortalidad, el recuerdo del hombre en la mente de quienes lo conocieron (...), de la gran inmortalidad, que significa el recuerdo del hombre en la mente de aquellos a quienes no conoció personalmente» (4).

Los humanos vivimos la muerte no sólo individual sino colectivamente. El morir no sólo involucra a quien se muere, sino a todos los que están a su alrededor, uniendo en el presente, en ese momento puntual, el pasado y el futuro de todos y cada uno. Es el momento en que se recoge lo hecho, lo que quedó por hacer y lo que se hará. Moribundo y dolientes realizan el balance de la vida, cada uno desde su propia perspectiva, pero siempre en esa indivisible fusión del tiempo.

El terapeuta por su parte, confronta el resultado con la intención, ya sea de curar o de ayudar a bien morir. Se pregunta si sus decisiones fueron correctas, si logró mitigar el sufrimiento, si su bagaje teórico fue suficiente y cómo preservará su imagen una vez culmine todo el proceso.

«<No me imaginé que esta vaina fuera tan grave como para pensar en los santos óleos>, le dijo <Yo, que no tengo

la felicidad de creer en la vida del otro mundo>.

<No se trata de eso>, dijo Réverend. <Lo que está demostrado es que el arreglo de los asuntos de la conciencia le infunde al enfermo un estado de ánimo que facilita mucho la tarea del médico>».

«El general no le presto atención a la maestría de la respuesta, porque lo estremeció la revelación deslumbrante de que la loca carrera entre sus males y sus sueños llegaba en aquel instante a la meta final. El resto eran tinieblas».

<¡Carajos!>, suspiró. <¡Cómo voy a salir de este laberinto!> (5).

Hasta hace pocos años, la medicina se ejercía desde un enfoque completamente paternalista, que prescindía de la opinión del paciente, respecto a su tratamiento. Se estaba acostumbrado a la actitud pasiva de los pacientes, que ni siquiera preguntaban sobre su diagnóstico o sobre el tratamiento, de modo tal que las enfermedades y las decisiones terapéuticas, eran un problema únicamente de los científicos.

Hoy es el paciente quien decide si acepta o rechaza un tratamiento, quien indaga sobre las persecuciones, quien realiza el balance riesgo-beneficio. Ejercemos la medicina a la luz no sólo del Código de Ética Médica, sino guiados por las cartas de derechos del paciente. Sus concepciones, creencias y percepciones sobre la vida y sobre la muerte, pasaron a ser prioritarias y determinantes, no sólo para la acción terapéutica sino para la ley.

A partir de la década del 60, cuando se describen las técnicas de reanimación cerebro-cardio-pulmonar, se hace patente la confrontación entre el imperativo de ayudar al paciente a recuperar la vida y la necesidad de preguntarnos por las circunstancias que rodean la vida del enfermo, cuando nuestra acción terapéutica puede conducirlo a prolongar el sufrimiento y entre las decisiones del médico y las del paciente sobre no prolongarle la vida innecesariamente.

«La ética no obliga a que nos llenemos de soberbia y a que por eso, nos empecinemos en prolongar lo que la naturaleza ha llevado a su fin», afirma el profesor Sánchez Torres en su libro Temas de Ética Médica (6).

El médico no es un adalid contra la muerte. Su función no puede ser preservar la vida a toda costa, sin establecer diferencias entre la vida biológica y la vida humana. Maturana nos muestra la importante diferencia que hay, entre una y otra: la vida de interrelación, la comunicación (7).

La Asociación Médica Mundial aprobó en 1983, la que se conoce como la «Declaración de Venecia»; «el deber del médico es curar cuando sea posible, y aliviar siempre el sufrimiento del paciente, como también proteger los intereses de éste. No habrá ninguna excepción a dicho principio, aún en caso de enfermedad incurable o de malformación. Si el sufrimiento del paciente con enfermedad terminal puede aliviarse o acortarse interrumpiendo el tratamiento, el médico puede hacerlo, a condición de que lo haga con el consentimiento del enfermo o de sus familiares inmediatos, si éste no puede expresar su propia voluntad... «El médico debe evitar emplear cualquier medio extraordinario que no tenga real beneficio para el paciente» (6).

En referencia a este tema, la ley 23 de 1981, más conocida como «Código de Ética médica» dice en su artículo 13: «El médico usará los métodos y medicamentos a su disposición y alcance, mientras subsista la esperanza de aliviar o curar la enfermedad. Cuando exista diagnóstico de muerte cerebral, no es su obligación mantener el funcionamiento de otros órganos o aparatos por medios artificiales».

Cabe preguntar: ¿cuándo sigue existiendo esperanza? La respuesta en todo caso, no puede partir del presupuesto de preservar la vida a toda costa, sin consideraciones, no importa a qué cuotas de sufrimiento individual o colectivo.

Se trata de un problema de la vida

humana, poblada de emociones, de interrelaciones, de lenguaje, de comunicación. La que los médicos debemos saber identificar, no sólo como un problema científico, sino como un problema humanístico.

Es desde nuestra percepción de la muerte, que podemos mirar a quien se encuentra en trance de morir, como otro humano que puede estar sufriendo. Hacer nuestra la responsabilidad de ayudar a bien morir es una cuestión de reflexionar, de clarificar los conceptos con que nos enfrentamos a la posibilidad de nuestra propia muerte y de llevar el tema a nuestras conversaciones científicas y cotidianas.

Para que el morir ocurra en un contexto humano y humanitario los médicos y todo el personal del equipo de salud, debe ser capaz de consolar y de ofrecer serenidad al tiempo que resuelve los problemas diagnósticos y terapéuticos. Acompañar, para ayudar a superar el miedo y la soledad, puede ser valiosa herramienta que apoye la aplicación del conocimiento científico para disminuir el sufrimiento.

«La muerte es una parte natural de la

vida que todos debemos afrontar tarde o temprano. Según mi entendimiento, son dos las actitudes que podemos adoptar ante ella mientras vivimos: o bien elegimos no pensar en ella, o bien podemos hacer frente a la perspectiva de nuestra propia muerte y, reflexionando con claridad sobre ella, tratar de reducir al mínimo el sufrimiento que puede producir» (8).

«No menos importante que prepararnos para nuestra propia muerte es ayudar a otros a morir bien... Puesto que los moribundos son igualmente incapaces de valerse por sí mismos, deberíamos aliviar su malestar y su angustia y asistirlos en la medida de lo posible para que mueran con serenidad» (8).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. **Samper D.** Colombia mágica. Editorial Colina. 1993.
2. **Deleuze G.** La Lógica del sentido. Barcelona: Paidós. 1989.
3. **Savater F.** Política para Amador. Barcelona: Editorial Ariel. 2a. Ed. 1993.
4. **Kundera M.** La inmortalidad. Barcelona: Tusquets Editores. 1990.
5. **García G.** El general en su laberinto. Bogotá: Editorial Oveja Negra. 1989.
6. **Sánchez F.** Temas de ética médica. Bogotá: Giro Editores Ltda. 1995.
7. **Maturana H.** El sentido de lo humano. Bogotá: Editorial Hachette. 1994.
8. **Dalai Lama.** Prólogo al libro tibetano de la vida y de la muerte. Sogyal Rimpoché Editorial Urano. 1994.

MARIA TERESA PEREZ G., MD.
Instructora Asociada,
Departamento de Medicina Interna,
Facultad de Medicina, U.N.

28-05-1996

La Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia es una excelente publicación y ha sido de gran acogida por parte de los usuarios de la Hemeroteca del Hospital Militar Central.

Cordial saludo,

DR. RAFAEL CASTRO MARTINEZ
Jefe División Educación Médica
Hospital Militar Central