



CARTA AL DIRECTOR

Reflexión crítica sobre el lenguaje bélico y el lenguaje compasivo en los cuidados paliativos: una mirada hacia la humanización

Sara Tapia-Saavedra

Departamento de Fonoaudiología. Universidad de Chile. Santiago, Chile

Recibido el 30 de diciembre de 2024

Aceptado el 14 de marzo de 2025

Tapia-Saavedra, S. Reflexión crítica sobre el lenguaje bélico y el lenguaje compasivo en los cuidados paliativos: una mirada hacia la humanización. 2024;31: 213-214

Sr. Director:

Me gustaría presentar una reflexión sobre 2 enfoques que impactan en la experiencia de la persona durante el tratamiento de enfermedades graves y/o terminales: el uso del lenguaje bélico *versus* el lenguaje compasivo. Existe poca conciencia respecto al uso de estos términos y sus formas al ponerlos en práctica; sin embargo, se utilizan sin una reflexión consciente.

En los cuidados paliativos, el uso del lenguaje es fundamental para la experiencia de la persona, ya que las palabras que empleamos pueden influir en cómo perciben su situación. En el uso del lenguaje con connotación bélica, la comunicación con la persona gira en torno a términos como “luchar” y “vencer”. La persona es tratada como un/una combatiente, enfrentando su enfermedad como si fuera un enemigo al que se debe derrotar. El equipo de salud y, en muchos casos, el entorno y la misma persona, plantean la

situación de salud en estos términos, empleando expresiones como “batalla” o “guerra”. A menudo, se transmite la idea de que el “fracaso” ocurre si la persona, incluyendo al equipo médico, pierde la batalla, es decir, desiste de encontrar la cura y comienza el proceso de morir, lo que genera, en algunos casos, la necesidad de continuar con tratamientos agresivos y, muchas veces, innecesarios. Esto ocurre porque la mirada está centrada en la biología y la posibilidad de cura, no en la persona y su elección sobre cómo transitar su vida y muerte^{1,2}.

Frases como: “estamos en guerra contra esta enfermedad”, “seguiremos luchando”, “no te rindas”, “estamos aquí para vencerla”, aunque bien intencionadas, pueden hacer que la persona sienta que su sufrimiento no es comprendido ni acompañado, significando una presión extra a la situación ya compleja que debe enfrentar, poniendo expectativas en ella que no necesariamente coinciden con sus deseos³.

*Autor para correspondencia:

Sara Tapia-Saavedra

Departamento de Fonoaudiología, Universidad de Chile. Avda. Alameda Libertador Bernardo O’Higgins, n.º 1058. 8330111, Santiago, Chile
Correo electrónico: Saratapia@uchile.cl

<http://dx.doi.org/10.20986/medpal.2025.1571/2024>

e-ISSN: 2340-3292/© 2024 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

En contraste, en el lenguaje compasivo, las palabras y la actitud cambian para enfocarse en acompañar a la persona en su proceso. El lenguaje es más humano, reconociendo la vulnerabilidad y la dignidad de la persona en su sufrimiento. Se habla no de “vencer” la enfermedad, sino de “acompañar” a la persona en su transición, respetando su autonomía y sus deseos. Los términos como “aceptar”, “presencia” y “cuidado” deberían ser parte de la conversación, creando un ambiente en el que la persona no se vea forzada a luchar hasta el último aliento, sino que pueda encontrar paz en el reconocimiento de la realidad de su situación^{4,5}. Decir, por ejemplo: “Estamos aquí para acompañarte en este proceso, para asegurarnos de que estés cómoda”. Este tipo de comunicación da espacio para que la persona y su entorno se sientan escuchados y apoyados emocionalmente, liberándolos de la presión de tener que “superar” su enfermedad, y brindándoles la oportunidad de vivir el final de su vida con dignidad.

El uso del lenguaje compasivo reconoce que la persona es más que su enfermedad. No se trata de un enfrentamiento, sino de un proceso que involucra no solo el cuerpo, sino también las emociones, los pensamientos y el espíritu de la persona. Al adoptar un enfoque que acoge en lugar de combatir, se crea un espacio donde el sufrimiento se valida y se trata con empatía, lo que permite a las personas transitar por sus últimos días de una manera más tranquila y con mayor aceptación⁶.

Agradezco la oportunidad de presentar esta reflexión y espero que continúe fomentándose el debate sobre cómo podemos mejorar la práctica clínica en cuidados paliativos.

CONFLICTOS DE INTERESES

Ninguno.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Nada que declarar.

REFERENCIAS

1. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative care: The World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage*. 2002;24:91-6.
2. Kaasa S, Loge JH, Aapro M, Albrecht T, Anderson R, Bruera E, et al. Integration of oncology and palliative care: A Lancet Oncology Commission. *Lancet Oncol*. 2018;19:e588-653.
3. Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Dignity therapy: A novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol*. 2005;23:5520-5.
4. Puchalski CM, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The report of the consensus conference. *J Palliat Med*. 2009;12:885-904.
5. Stead A, Dirks K, Fryer M, Wong S. Training future speech-language pathologists for work in end-of-life and palliative care. *Top Lang Disord*. 2020;40:233-47.
6. Downing J, Powell RA, Mwangi-Powell F, Ddungu H, Defilippi K, Gomes B, et al. Palliative care in Africa: A scoping review of the evidence for care models, interventions, and outcomes. *PLoS One*. 2020;15:e0238215.