



Acta Bioethica

ISSN: 0717-5906

info@actabioethica.cl

Universidad de Chile

Chile

Daichman Raskin, Lía Susana

Controversias en los criterios éticos de los cuidados en geriatría

Acta Bioethica, vol. VII, núm. 1, 2001, pp. 121-127

Universidad de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55470109>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

CONTROVERSIAS EN LOS CRITERIOS ÉTICOS DE LOS CUIDADOS EN GERIATRÍA

Lía Susana Daichman Raskin*

Resumen

Resolver sobre la utilización de recursos existentes y los dilemas morales que surgen en forma cotidiana en los cuidados en geriatría, se está convirtiendo en el patrón que dominará la atención de la salud en las próximas décadas.

Si el cuidado de los ancianos en la comunidad se convierte en la norma, las dimensiones éticas de este tipo de cuidado van a requerir una atención muy especial que generará cuestionamientos sobre fragilidad, dependencia, autonomía, competencia y las complejas relaciones y controversias entre los ancianos y aquellos que “los sostienen y los cuidan”.

La toma de decisiones compartida requiere que la persona que cuida no sólo trate de entender y satisfacer las necesidades del otro, sino también de encontrar alternativas razonables, que le permitan al asistido elegir lo que él prefiera. Es en este proceso donde el conocimiento del cuidador y su experiencia profesional pueden aunarse con los valores sustanciados por el anciano.

El desarrollo de un diálogo coherente y comprensible y las estrategias necesarias se imponen como tarea y deber para todos aquellos comprometidos con los criterios éticos de los cuidados en geriatría.

PALABRAS CLAVE: Criterios éticos y controversias; autonomía; cuidados geriátricos.

Abstract

Controversy on ethical criteria in geriatric care

Resolving about resource allocation and the ethical dilemmas daily arising in geriatric care is becoming the pattern that will dominate health care during next decades.

If elderly care in the community increasingly becomes the norm, the ethical dimensions of this kind of care giving will generate essential questioning on frailty, dependence, autonomy, competence, and the controversial relationship between the elderly and those who care and sustain them.

Shared decision-making requires that the professional seeks not only to understand and meet the person's needs but also to provide him/her with reasonable alternatives, thus allowing the patient to choose what they prefer. It is through this process of shared decision-making that caregiver's knowledge and professional expertise can come together with the older person's expressed values.

The development of a coherent and understandable dialogue as well as necessary strategies stand as a crucial task and commitment for those concerned with the ethical criteria of geriatric care.

KEY WORDS: Ethical criteria and controversies; autonomy; geriatric care.

* Profesora Asociada de Problemática del Envejecimiento Humano, Facultad de Psicología, Universidad de Belgrado, Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia: Lsdaichman@fibertel.com.ar

Resumo

Controvérsias nos critérios éticos dos cuidados em geriatria

Considerar a utilização de recursos e os dilemas morais que surgem cotidianamente nos cuidados geriátricos está convertendo-se no padrão que dominará a atenção em saúde nas próximas décadas.

Se o cuidado com idosos na comunidade se converte em norma, as dimensões éticas deste tipo de cuidado vai exigir uma especial atenção que irá gerar questionamentos sobre fragilidade, dependência, autonomia, competência e as complexas relações e controvérsias que envolvem “os que os sustentam e que prestam cuidados”.

As tomadas de decisões conjuntas requerem que o cuidador não somente satisfaça as necessidades do outro, como também encontre alternativas razoáveis que permitam ao paciente escolher suas preferências. É através desse processo onde o conhecimento e experiência pessoal do cuidador podem compatibilizar-se com os valores fundamentais do ancião.

O desenvolvimento de diálogo coerente e compreensível, assim como de estratégias especiais impostas como tarefa e dever para todos os comprometidos com critérios éticos nos cuidados em geriatria.

PALAVRAS CHAVES: Critérios éticos e controvérsias; autonomia; cuidados geriátricos.

Résumé

Divergence des critères éthiques des soins en gériatrie

L’article décrit de façon succincte le rôle des personnes âgées, des «vieux» au cours de l’histoire, dans le monde occidental.

Ils ont connu leur moment de gloire au cours des périodes primitives, quand la culture reposait uniquement sur les traditions orales. Par la suite, la reconnaissance sociale de ce groupe d’âge au sein de la société a connu certaines vicissitudes. Leur rôle s’est généralement détérioré. Il est toutefois important de distinguer la notion de «vieux» comme personne, respecté en fonction de son pouvoir économique ou de son prestige, de celle d’«homme âgé» comme membre d’un groupe social.

Passer en revue les différentes époques nous aide à mieux comprendre la situation actuelle des «vieux», condition sine qua non pour répondre aujourd’hui au grand défi que constitue ce groupe d’âges à forte croissance démographique.

MOTS CLÉS: Critères éthiques et controverses; autonomie; soins en gériatrie.

Resolver sobre la utilización adecuada de recursos existentes y los dilemas morales que surgen en forma cotidiana en los cuidados en geriatría se está convirtiendo en el patrón que seguramente dominará la atención de la salud en las próximas décadas. Cualquiera sea su impacto futuro, la institucionalización, la atención regular a centros diurnos y fundamentalmente la atención domiciliaria se convertirán en un buen terreno de prueba para las políticas y consenso social de nuestra sociedad que envejece.

Si el cuidado de los ancianos en la comunidad se convierte en la norma, las dimensiones éticas de este tipo de cuidado van a requerir una atención muy especial. Desafortunadamente, nosotros todavía carecemos de antecedentes históricos de modelos de cuidado que se ocupen de los adultos mayores con patologías crónicas durante períodos largos de tiempo. El cuidado que ellos requieran generarán cuestionamientos sobre fragilidad y dependencia, autonomía, obligaciones y compromisos, y las complejas relaciones entre los ancianos y controversias éticas de aquellos que en la comunidad los “sostienen y los cuidan” (1).

Lamentablemente, pocos cuidadores tienen acceso razonable a cursos de capacitación y grupos de apoyo que tendrían que ser el lugar indicado donde pudieran expresar “sus necesidades emocionales, legalizar sus sentimientos, enojos y resentimientos, sus culpas, sus amores y sus odios, sentimientos todos inherentes a la condición humana” (2).

El desarrollo de respuestas apropiadas deberá tener también en cuenta la necesidad de diferenciar entre aquellos mayores con diferentes niveles de competencia. Es importante que el profesional entienda y sea sensitivo a tales aspectos, especialmente cuando se emite un juicio sobre un determinado caso, incluyendo la intervención adecuada.

Otra situación que se advierte bastante a menudo en la práctica es la creación de un “vínculo un tanto insalubre” entre el profe-

sional, (mayoritariamente los médicos) y su paciente anciano, en el cual aquél termina casi convencido que sólo “él es y él tiene todas las respuestas” a la problemática de su paciente, probablemente como resultado de una gran omnipotencia, equivocadamente fortalecida a lo largo de su vida profesional (3). Probablemente el criterio ético más difícil de enfrentar sea cómo balancear el derecho a la autodeterminación del anciano y la creencia firme del profesional de que “siempre algo se tendrá que hacer.”

Los profesionales de la salud son antes que nada, y sobre todo, seres humanos. Ellos poseen “una especie de sistema privado de moralidad”, a veces sumamente personal; a veces siguiendo un sistema de valores de una religión en particular o de una historia personal.

Los ancianos pueden ocasionalmente sentir que la información y opciones que se les ofrecen están dictadas por un sistema de valores al cual ellos pueden no suscribir.

Es entonces de vital importancia que cuando los principios morales y éticos del profesional juegan un rol significativo en el cuidado de su paciente, esto debe explicitarse, y el paciente involucrado puede tener la oportunidad de buscar alternativas en algún otro lugar.

La toma de decisiones compartida requiere que la persona que cuida no sólo trate de satisfacer las necesidades del otro, sino también de encontrar alternativas razonables, de tal suerte que le permita al asistido elegir lo que él prefiera. Es a través del proceso de decisión compartida donde el conocimiento del cuidador y su experiencia profesional pueden aunarse con los valores sustanciados por el anciano, y donde el desarrollo del bienestar del ser humano se reconcilia con respecto al derecho individual de ser tratado como un *sujecto* y no como un *objeto* (4).

Hay cuatro principios básicos en la ética médica: a) la autonomía b) la beneficencia c) el no hacer mal y d) la justicia. Derivan

de estos principios distintas normas que incluyen la veracidad, la confidencialidad, la privacidad y la fidelidad (5).

Se entiende por autonomía a la capacidad de autodeterminación del individuo para poder tomar sus propias decisiones y la habilidad de poder actuar, libre de interferencias.

Uno de los aspectos de este principio es el consentimiento informado. A fin de que esto pueda funcionar, la persona deberá tener acceso a la información adecuada, que le permita pensar a través de la información (pensamiento autónomo), que le permita expresar sus preferencias (autonomía en el deseo) y ser capaz de implementar su voluntad (autonomía en la acción).

Las dificultades pueden aparecer en cualquiera de estas etapas, lo cual puede inhibir la posibilidad del individuo de actuar autónomamente. Si la decisión indicada sobre un tratamiento debe ser tomada, el individuo sujeto de acción deberá estar entonces en total conocimiento de toda información que sea relevante. La información debe estar no sólo disponible sino también debe ser accesible. El ciudadano tipo no tiene por qué entender fácilmente la información técnica y la información escrita a veces presupone y sobreestima capacidades que el paciente no posee. Algunos individuos necesitarán, como consecuencia de una deficiencia auditiva en la comprensión y/o la expresión del lenguaje, una dedicación especial. Cualquiera que fuera la situación, se tendrá que hacer el esfuerzo para asegurar que la persona en particular reciba la información que sea relevante a sus necesidades y en la forma que la pueda asimilar.

Debiese estar implícito en el proceso de toma de decisiones que la información que recibe el individuo no sólo sea completa sino también veraz. Una investigación realizada sobre el tema, hace ya algunos años, demostró que a la mayoría de las personas les gustaría ser informados sobre su diagnóstico y

pronóstico, permitiéndoseles así planificar su cuidado, futuro y economía, buscar segundas opiniones respecto a alternativas de tratamiento y resolver en parte sus problemas familiares (6).

Respetando el principio de autonomía, el paciente goza del derecho a conocer la verdad y los profesionales deberían estar sensibilizados a esta preocupación, como así también a la de los familiares, y poder ayudarlos a evaluar los beneficios y costos de brindar esta información. El principio de decir la verdad es a veces sobrepasado por otros factores, tales como evitar un dolor innecesario. A veces también es cierto que alguna gente *no* desea ser informada sobre toda la verdad. Lo cierto es que no existe un acuerdo universal sobre hasta qué punto es permitido ocultar la realidad o retener cierta información a un paciente.

Respecto al pensamiento autónomo, la información asequible debe ser procesada y evaluada para acceder a una conclusión racional. Algunas veces, el razonamiento puede estar modificado en una enfermedad por períodos cortos o más o menos largos; puede estar alterado por drogas, especialmente neurológicas y psicofármacos, como también por el opio y sus derivados y algunos otros analgésicos fuertes. Ante una emergencia puede ser necesario tratar a un paciente en ausencia del consentimiento informado, bajo el supuesto de que el individuo hubiera elegido esa opción si su pensamiento no hubiera estado comprometido.

Amén de ciertos grupos muy particulares, el mecanismo de toma de decisiones en reemplazo de aquellos cuyo razonamiento pueda permanecer alterado por tiempo indefinido, no ha sido claramente establecido por ley, en forma universal.

En el caso en que alguien haya dejado previa y claramente establecido su deseo por escrito de no recibir un tratamiento en particular en situaciones específicas, esta directiva previa (deseo en vida) puede ayudar a

tomar la decisión adecuada. Cuando no existiese esa directiva previa, la ideología del paciente deberá ser rastreada en familiares y/o amigos cercanos, sobre lo que el deseo personal del sujeto hubiera sido bajo esa determinada circunstancia.

Respecto al deseo en vida, y habiéndose planteado y discutido el tema con los propios interesados, los ancianos deberían poder formular formalmente su voluntad y sus opciones. Frecuentemente, cuando ellos están recibiendo cuidados médicos y/o apoyo social, pueden retraerse a expresar su voluntad; a veces por un sentimiento de gratitud, a veces por la dependencia instituida por aquellos que los cuidan.

La autonomía se convierte en un valor ético aun más crucial cuando las condiciones de fragilidad y dependencia pueden amenazar la autodeterminación de los ancianos por el paternalismo de sus cuidadores (1). Si se realizaran esfuerzos verdaderos para que la autonomía fuese ejercida, especialmente a nivel institucional, entonces una atmósfera que pueda ser a la vez abierta y no amenazadora debería ser facilitada. Algunos miembros del personal o familiares podrán en esta ocasión actuar como defensores, hablando en representación del individuo.

¿Qué sucede cuando la persona no está en situación de poder dar su consentimiento plenamente o se la considera “incompetente”? Entonces alguien tendrá que representarla y dar el consentimiento informado. Un defensor válido podría ser un familiar directo, un buen amigo o un profesional.

Si no existiera un marco legal suficientemente claro, la decisión recaerá en el profesional en cuestión. Un número de factores relevantes deberá ser entonces tenido en cuenta:

- La existencia de un “deseo en vida” (testamento), por escrito;
- Manifestaciones previamente expresadas por el sujeto;
- Que la práctica a realizar sea una prácti-

ca aceptada;

- Que la acción a realizar sea una acción razonable;
- Que la acción realizada sea en el mejor interés del individuo;
- Los puntos de vista de un familiar cercano o amigo,

La posible intervención de un defensor.

Finalmente, el último test de autonomía será el cumplimiento de la voluntad del individuo.

En la práctica suceden a menudo situaciones en las cuales llevar a cabo el deseo original de un individuo puede provocar un impacto negativo en sus allegados.

Íntimamente unido al concepto de la autonomía individual está el derecho a la confidencialidad. Cada paciente está en su derecho de exigir que cualquier información médica con respecto a su persona no sea compartida con otros, sin contar con su consentimiento previo. Este es un derecho protegido en varios países del mundo, aunque la ley reconozca circunstancias especiales bajo las cuales el secreto médico pueda ser liberado.

La beneficencia es el principio que implica hacer el bien; casi iría sin necesidad de decirlo. Un tratamiento sólo debería utilizarse cuando se espera un beneficio para el paciente.

La “no maleficencia”, el no hacer mal, establece que tratamientos que puedan ser perjudiciales para el individuo, no deben ser usados (5).

El viejo aforismo latín *primus non noscere* (primero no hacer mal) puede ser usado como analogía. El criterio ético consistiría, en este caso, en el balance entre el beneficio esperado y la posibilidad de un daño potencial.

El médico geriatra que realmente deseé poder tomar decisiones con criterio y éticamente, tendrá que poseer el conocimiento científico necesario sobre efectos deseados e indeseables del tratamiento que va a

ofrecer y las consecuencias de no llevar a cabo un tratamiento en una situación específica; esto significa que él debería estar en una posición de ejercer una buena práctica médica basada en la evidencia.

Algunos de los parámetros respecto a beneficio *versus* daño son:

- La sobrevida
- El no sufrir síntomas indeseables
- La alteración del pensamiento autónomo
- Provocar angustia innecesaria
- Evitar la discapacidad
- La calidad de vida

Otro concepto importante es el de la futuridad, cuando un tratamiento en particular no tiene chance posible de éxito.

Y finalmente, la justicia, el principio que establece que cualquier acción que deba ser realizada tendrá que ser justa. Esto puede ser aplicado en diferentes niveles; puede referirse, por ejemplo, a la justicia hacia un individuo, o hacia un grupo de pacientes, o a una población en particular o a la sociedad en general. Para nosotros, profesionales de la salud, el principio de justicia hacia el paciente como individuo debe ser considerado como el primero en orden de jerarquía. En la práctica cotidiana, el acceso a ciertos recursos responderá a una lista de prioridades, y esto obviamente puede resultar en una desventaja para un paciente en particular. Los geriatras vivimos en un continuo desafío, para que se trate a la gente mayor en forma un poco más equitativa y poder establecer los criterios de igualdad, así como las estrategias necesarias para lograr distribuir los trozos de una torta que cada día se hace más dura y más pequeña.

La justicia referente a los trabajadores de la salud también es un elemento a tener en cuenta pues ningún individuo debería ser obligado a realizar tareas para las cuales no está preparado o que sean contrarias a sus creencias o convicciones. La percepción sobre si una conducta es o no es aceptable so-

bre normas y valores culturales y morales y sobre las formas de vida diferentes puede ser muy variada dentro de las distintas sociedades. La negligencia y el maltrato son fenómenos definidos culturalmente, y muchas veces pueden reflejar distinciones entre conductas que son aceptadas o son inaceptables (7). Esta es sólo una de las razones por la cual es necesario investigar al abuso y maltrato en la vejez desde perspectivas diferentes a fin de intentar comprender el significado de algunos de estos fenómenos.

¡El vivir muchos años puede ser un logro considerable, sin lugar a dudas una gran tarea y muchas veces, un riesgo! Ofrece oportunidades sin precedentes para el desarrollo personal y social, pero también presenta al individuo y a la sociedad nuevos desafíos relacionados a la calidad de vida en la vejez. Esto incluye políticas sociales y de salud coherentes, la prevención de las discapacidades, facilitar la autonomía y la interacción social, crear una conciencia sobre lo que es el envejecimiento normal como un proceso que es parte del ciclo de la vida. Cambiar las imágenes negativas asociadas a este grupo etario y lograr el compromiso permanente —a través de un diálogo comprensible y las estrategias que sean necesarias— para que todos nosotros, profesionales responsables, y la comunidad entera entendamos de una vez por todas “la artesanía que significa el cuidado de los viejos”.

Referencias

1. Daichman LS. Criterios éticos en los cuidados a largo término. *Arquivos de Geriatria y Gerontología* 1996;1: 91-3.
2. Daichman LS, Lew N, Guido P, Schwartzman A. Cuidar no es suficiente. *Revista de Gerontología de San Pablo* 1993;1(4): 144-8
3. Daichman LS, Guido P, Acánfora M, Aguas S. Health professionals perception of and responses to elder abuse. Proceedings of the 52nd Annual Scientific Meeting of SGA. USA; 1999.

4. Pelaez M. Ethical issues in protective services for the elderly. In: Wolf R, Bergman S, (eds). *Stress, conflict, and abuse of the elderly*. Jerusalem: J.D.C. Brookdale Institute of Gerontology;1989. p. 3-10.
5. Beauchamps T, Childress J. *Principles of biomedical ethics*. 3^a ed. New York: Oxford University Press; 1989.
6. Erde E, Nadal S. On trulling and the diagnosis of Alzheimer's disease. *Journal of Family Practice* 1988; 28: 401-8.
7. Hudson M. Elder abuse: two native American views. *The Gerontologist* 1998; 38(5): 538-48.