



Aspectos psicológicos y éticos de la asistencia sanitaria: Consideraciones en la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios (UCIC)

Dr. Manuel de los Reyes López

I. La enfermedad, el enfermo y su entorno

La *enfermedad* es un hecho y una experiencia fundamental en la vida humana. A la realidad del hombre pertenecen, como notas constitutivas, la finitud y la mortalidad. Por ser finito, el hombre tiene una salud limitada y caduca, siempre amenazada. En el fondo de la salud está siempre la enfermedad.

Ahora bien, ¿qué se entiende hoy día por enfermedad? Y a su vez, ¿existe un único modo de enfermar? La respuesta a ambas cuestiones está en la distinción antropológica efectuada por el profesor Laín Entralgo: "*la enfermedad debe ser entendida hoy como desorden orgánico y como modo de vivir*".

Surge entonces otro problema más complejo, y es la relación entre *sufrimiento* y enfermedad orgánica: El sufrimiento lo experimentan las personas, no simplemente los cuerpos; puede abarcar el dolor físico, pero en modo alguno se limita a él. El cuidado del enfermo trae consigo dos obligaciones fundamentales, el alivio del sufrimiento y la curación de la enfermedad. Si no se comprende esta dualidad, una intervención médica podría ser técnicamente adecuada pero a la vez convertirse en fuente de sufrimiento por sí misma.

Como el sujeto de la enfermedad es el enfermo, y hacia él se dirigen nuestros actos, el primero de los objetivos debe consistir en reflexionar acerca del aspecto vivencial de los pacientes. Todo lo que se exponga a continuación puede tener validez general, aunque se insista posteriormente en las características propias del enfermo cardíaco en la *Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos (U.C.I.C.)*.

Conocer el mundo del enfermo es imprescindible para todo aquél que está a su lado y desea prestarle ayuda. *Asistencia* deriva de "ad-sistere", detenerse junto a otro; en nuestro caso, junto al enfermo. Desde la antigüedad los médicos enseñaban que el *arte de curar* implica no sólo el *dominio de una técnica*, sino también el cultivo de una *relación personal* (alguien afirmó que una de las herramientas más útiles para el

diagnóstico es una silla, para sentarse y escuchar, y que el primer acto del tratamiento consiste en dar la mano al paciente).

1. Factores que inciden en la persona en cuanto a la forma de vivir la enfermedad

Si es cierto que no hay enfermedades, genéricamente hablando, sino enfermos que las padecen, la manera de asumirlas dependerá de algunas consideraciones:

- *La conciencia que se tiene de la enfermedad*, que viene determinada por lo que el cuerpo le dice a uno (dolor físico, malestar, fatiga, pérdida del dominio de sí, etc.), por las reacciones de los que le rodean y por sus anteriores experiencias de enfermedad.
- *La propia historia personal*, es decir, lo que la persona es y cómo ha llegado a serlo.
- *La esperanza y confianza en las personas y en los medios* que le asisten (hospital, médicos, personal de enfermería, etc.).
- *El significado que la enfermedad tiene* para el enfermo, en relación con él mismo y con los demás.
- *La interpretación que da a la enfermedad* : algo natural, un castigo, una prueba, algo ininteligible, una agresión exterior, etc.
- *El grado de tolerancia al dolor* que posea.
- *Las consecuencias* que la enfermedad haya tenido o pueda tener para su vida.

2. Vivencias que suscita en la persona el estar enfermo

Una enfermedad grave provoca reacciones vivenciales muy variadas, no siempre concordantes, que interactúan a varios niveles:

2.1. En relación con uno mismo

La enfermedad lleva a la ruptura del mundo interior del enfermo: la costumbre de contar con nuestro cuerpo, tenerle como amigo fiel, dócil, silencioso, incondicional, al que solicitamos trabajo, planificamos su descanso y proyectamos hacia nosotros, se torna de repente, con la enfermedad, en algo molesto, rebelde, pesado, que se vuelve contra nosotros. Esta escisión-ruptura entre el cuerpo y uno mismo nos llega a dominar y nos obliga a prestarle más atención. Nos acucian preguntas como: "¿qué ocurrirá con este dolor que no cede, con esta opresión en el pecho?, ¿será algo malo?, ¿se curará pronto?, ¿habrá que operar?, ¿qué tengo yo?".

La enfermedad provoca la experiencia de la propia limitación y contingencia : al disminuir la vitalidad se revela de modo brutal la fragilidad y precariedad del ser humano ("no somos nada"), descubriéndose como una persona vulnerable abocada a la muerte o a la invalidez; la lejanía y abstracción de éstas se convierte en algo cierto, probable o seguro, y cercano. A veces se da una actitud de infantilismo con búsqueda de sobreprotección.

La enfermedad interrumpe la realización del proyecto personal de la existencia del hombre: el futuro se vuelve incierto, las seguridades de la vida se desequilibran y entran en crisis todas las dimensiones del individuo (personal, familiar, social, sentimental, profesional, económica, etc.).

2.2. En relación con los demás

La enfermedad altera la comunicación con los demás . El dolor acapara la atención y obliga al enfermo a replegarse sobre sí mismo. El mundo a su alrededor pierde interés y se desdibuja. Su espacio vital se estrecha más y más. Al no poder tomar parte activa en

el mundo de los sanos se refugia en una especie de indiferencia que conduce a la extrañeza respecto a lo que le rodea.

A su vez, los sanos se van distanciando del enfermo aunque prodiguen al principio sus visitas. Con harta frecuencia no saben qué decir, cómo estar ni qué hacer. El enfermo se muestra hipersensible y eso le lleva a reaccionar a veces con exigencia y agresividad: "no me hacéis caso, con lo malo que estoy, parece mentira". Las desatenciones o las protestas por su pesadez le afectan profundamente. En contrapartida, cualquier detalle positivo, delicado o estimulante, adquiere un valor inmenso.

Si se prolonga la enfermedad y subjetivamente se encuentra peor, el paciente se retrae y se encierra amargamente con la sensación de representar un estorbo; levanta una barrera psicológica que sólo franqueará a las personas que él desee. La situación de dependencia de los demás, tener que ponerse en sus manos y necesitar de ellos, modifica profundamente su relación y constituye a veces una penosa experiencia porque le obliga a solicitar los servicios y estar al cargo de otros creyendo que les causa molestias y fatigas ("soy un ser inútil, sólo recibo y no puedo aportar nada").

2.3. En el orden transcendental

Para muchas personas la enfermedad constituye un episodio de *transcendencia en su mundo espiritual*. Por el mero hecho de significar un atentado a la calidad, y en ocasiones a sus expectativas de vida, les suscita variados interrogantes: "¿por qué, para qué?, ¿por qué a mí?, ¿qué he hecho yo?, ¿qué sentido tiene sufrir así?", etc. Entran en juego, entonces, la jerarquía de valores del sujeto, sus ideales de perfección o felicidad y los aspectos creenciales que posea.

3. Vivencias del enfermo que sabe que va a morir

El proceso del morir se vive de maneras muy distintas. Sin embargo, algunas vivencias suelen ser comunes y se presentan con mayor o menor intensidad en todos los pacientes en el curso de su grave enfermedad.

Siguiendo a la **Dra. Kübler Ross**, podrían distinguirse algunas fases en este proceso terminal; si bien pueden no darse todas, ni una a continuación de la otra, el conocerlas ayudará a comprender mejor las situaciones por las que atraviesa el enfermo:

Negación

Tras la noticia de la enfermedad grave de la que es portador, surge el aturdimiento y la negación: "no, no puede ser verdad, no lo puedo creer, me parece mentira, no han acertado conmigo, no es tan serio como dicen...". Esta fuga de la realidad, tanto del enfermo como de los familiares frente a algo tan duro, permite movilizar los recursos defensivos psicológicos.

Irritación y rebeldía

Rápidamente aflora la pregunta: "¿por qué a mí?, ¿qué he hecho yo para estar así?" La culpabilidad recae sobre sí mismo, o sobre la familia o el personal médico y de enfermería porque no le entienden bien, etc. No es raro, entonces, que se comporte con rebeldía y agresividad, molestándole casi todo y enfadándose por cualquier motivo. Esta fase es muy difícil de afrontar por todos.

Sumisión y pacto

El enfermo no sabe qué hacer, no tiene fuerzas, se siente débil y pequeño y se somete a quien sospecha o sabe que le puede ayudar ("haré lo que usted me diga, doctor").

Es el periodo de las promesas, de ser mejor, de cambiar de vida, de dejar esto o aquello, etc.

Depresión, desánimo, pena

Después de pasar por los estadios anteriores el enfermo suele caer en la depresión. Tiende a aislarse, no desea hablar con nadie, se niega a comer y deja de luchar. Siente pesar por lo que va a perder, personas y cosas; esto le prepara para la aceptación pacífica del final. Para la familia es una etapa complicada porque se tolera mal el dolor callado del paciente.

Aceptación, resignación, paz

La serenidad conduce a aceptar lo inevitable: "estoy dispuesto a partir, ha llegado mi hora". Ya no hay depresión ni enfado, sólo cansancio y debilidad; únicamente necesita cariño en los cuidados. La familia suele precisar tanta o más ayuda, comprensión y apoyo, que el propio paciente.

II. Modos de relación con el enfermo

En sentido amplio, toda relación entre el personal sanitario y el paciente debe ser considerada como una forma de *comunicación*, pudiendo definirse ésta como un sistema de envío y recepción de señales. Los seres humanos se comunican preferentemente a través del *lenguaje*, pero éste no excluye otros modos de intercambio de mensajes (*comunicación no verbal*). Interesa repasar someramente algunos aspectos comunicativos que inciden directamente en la actitud de los profesionales (médicos y enfermeros) y en los pacientes o usuarios.

1. La palabra

Permite a las personas expresar sus pensamientos y emociones. Pero no cumple sólo una finalidad informativa sino también persuasiva. Se demuestra continuamente la influencia de las palabras del médico y de la enfermera en el cambio de actitudes del paciente, pudiendo reorientar de modo positivo la aceptación y evolución de la enfermedad y sus posibilidades de recuperación.

La información tiene que ser clara, concreta y correcta para fomentar la confianza y suscitar en el enfermo el deseo de colaborar; la habilidad, precisión y veracidad con que se exponga aquélla puede tener efectos beneficiosos. El lenguaje debe mantener un gran respeto y comprensión hacia el paciente y todo su mundo de valores, preferencias e intereses, dedicando tiempo a escuchar. Hay que considerar también otras expresiones sonoras paraverbales que surgen en la conversación, tales como suspiros, respiraciones profundas, exclamaciones más o menos reprimidas, pausas, así como la modulación del tono y timbre de la voz.

De lo anterior se deduce que todo buen diálogo exige cierto aprendizaje, aunque algunos profesionales no lo poseen ni reconocen sus carencias, ya que para obtener la buena disposición del enfermo debe producirse un alto grado de satisfacción en la recepción y comprensión de la información que se le proporciona.

2. La mirada

Va dirigida hacia la observación del cuerpo del paciente para detectar los signos físicos de diversos procesos, incluyendo la percepción de variadas situaciones anímicas que acompañan a la enfermedad: miedo, soledad, tristeza, preocupación, desvalimiento, angustia, dolor, alteraciones de la conducta, etc.

Los profesionales sanitarios, aunque ellos no se percaten, muestran variadas expresiones faciales y gestos, acompañadas o no del movimiento de sus manos,

cuando están frente al enfermo. A este respecto, resulta curioso constatar cómo los pacientes se fijan en los diversos tipos de posturas que adopta la enfermera o el médico hacia ellos (de acercamiento, de rechazo, etc.).

3. El silencio

Debe prestársele enorme atención, ya que es compañero inseparable del diálogo y elemento fundamental en el trato humano. Es necesario para interiorizar las vivencias durante la enfermedad.

4. El contacto manual

Hay una afirmación cierta: no se puede practicar la medicina o la enfermería asistencial sin tocar a los enfermos. El médico durante la exploración física y la enfermera durante la práctica de los cuidados, disponen de un importante elemento de aproximación a los pacientes: sus manos. Con ellas palpan y recorren el cuerpo desnudo del enfermo, lo que obliga a extremar el respeto.

5. La relación instrumental

Cualquier instrumento exploratorio, diagnóstico o terapéutico, puede adoptar para el paciente diversas representaciones: constituir un recurso técnico o algo mágico, adquirir un contenido simbólico o, en ocasiones, levantar un muro de separación en la comunicación. Por ello, todo procedimiento que se vaya a aplicar deberá ir precedido de una información acerca del mismo.

III. Aspectos psicológicos en la UCIC

¿Existe un determinado perfil de personalidad que se asocie de modo particular a la enfermedad coronaria?

¿Cómo se desarrolla la relación del paciente con el resto del personal, médico y de enfermería, en la UCIC ?

¿Qué tipo de reacciones, y posibles conflictos, se pueden manifestar en el personal sanitario que trabaja en las UCIC ?

El ambiente que se vive en la UCIC influye, aunque de modo diferente, sobre los enfermos y sobre el personal que trabaja en ella, provocando reacciones que requieren atención cuidadosa. Como características peculiares de dichas unidades se destacan: un tipo de paciente grave con distintos grados de morbilidad y mortalidad; un manejo, a veces complicado, de aparatos y útiles; el empleo agresivo de fármacos y técnicas instrumentales; y la necesidad de tomar decisiones con rapidez y seguridad.

1. Trastornos psíquicos del enfermo en la UCIC

El paciente ingresa en la UCIC, habitualmente, por una crisis cardiaca aguda. Durante su estancia puede presentar otras manifestaciones: *ansiedad* (un 40 a un 80% de ellos), *depresión* (hasta un 60%), *agitación* (16%), *delirio* (entre un 2 y un 10%). Sin embargo, el ritmo de aparición de estas alteraciones tiene acentuaciones: la ansiedad alcanza su cota más elevada entre el primero y segundo día, mientras que la depresión es más frecuente entre el tercero y cuarto día.

La detección precoz de estos trastornos es muy importante, ya que algunos pueden pasar desapercibidos o estar enmascarados con otra sintomatología. Aunque la enfermera está en mejores condiciones para percibir los signos más incipientes, el médico debería incorporar a su exploración rutinaria la valoración de la esfera psicoafectiva del enfermo.

Con mucha frecuencia se suma como estímulo nocivo el *dolor*, a menudo intenso y continuo. Pero también se añaden otros factores que tienden a desestabilizarle emocionalmente: el ambiente y el movimiento de personas y enseres dentro de la unidad, la inmovilización en la cama, las diversas maniobras instrumentales que se le practican, la alteración del sueño, acrecentada a veces por una inadecuada toma de constantes que no tiene en cuenta los necesarios periodos de descanso, etc. Esto trae como consecuencia cierto grado de distorsión de la realidad, pudiendo presentar desorientación en el tiempo y en el espacio, alucinaciones visuales o auditivas y trastornos de la conducta con mayor o menor agresividad.

No hay que olvidar tampoco, en la recogida de datos de la anamnesis, si el enfermo tenía el hábito de tomar tranquilizantes.

La monitorización, cuando se explica conveniente y convincentemente, puede resultar más reconfortante que atemorizadora en la medida que aporta elementos para su seguridad.

Un suceso adverso, como es el presenciar una parada cardiaca o notar que se realizan en su proximidad maniobras de reanimación, puede constituir un elemento nuevo de perturbación. Sin embargo, paradójicamente, al no identificarse el paciente con la víctima del paro, tiende a disminuir su angustia aunque sienta compasión y tristeza por lo sucedido.

Si la parada cardiaca la sufrió él mismo, su experiencia de este episodio está casi siempre ofuscada por la amnesia. Algunos pueden padecer ulteriormente cierto trastorno neurótico (quizá relacionado con el tiempo de isquemia e hipoxia cerebral, el efecto de drogas y/o choques eléctricos, o por el resultado combinado de todos estos factores), pero lo habitual es que no existan secuelas psicoafectivas si se desarrollaron satisfactoriamente las maniobras de reanimación. Con posterioridad se valorará si es útil o no, en determinados casos, informar prudentemente al sujeto sobre lo que le ocurrió.

El traslado fuera de la UCIC para continuar la convalecencia suele ser una noticia agradable para la mayoría de los pacientes. No obstante, se aprecia en algunos de ellos una sensación de pérdida de protección de "los ángeles de la guarda" humanos (enfermeras y médicos) y eléctricos (aparatos) que puede llevarles a una depresión reactiva.

¿Cuál puede ser nuestra actuación?

Diversa y a varios niveles, a saber:

- Proporcionar el ambiente adecuado en la UCIC, procurando que el diseño y la decoración contribuyan a la relajación de la persona enferma y del equipo asistencial.
- Evitar que el paciente llegue a perder el sentido del tiempo (dejarle el reloj, disponer de luz diurna y amplios ventanales).
- Facilitarle el contacto con su ritmo de vida (que pueda rodearse de algún objeto personal o familiar y posibilitar las visitas de sus más allegados).
- Transmitir seguridad en todas nuestras acciones.
- Darle una información clara y sencilla de su enfermedad, repetirla cuantas veces sea necesario y hacer énfasis en las posibilidades de recuperación.
- Informar de cada procedimiento previamente a su realización, incluyendo su necesidad, molestias y riesgos.
- Planificar correctamente el trabajo, huyendo de las improvisaciones y respetando los periodos de sueño.

- Mantener ratos de conversación informal con el paciente, personalizando la atención hacia él.
- Evitar en su presencia los comentarios adversos, o de dudosa interpretación, sobre su estado.
- Prevenirle sobre su traslado con tiempo suficiente, indicando que tiene relación con la evolución de su proceso.
- Mantener la medicación sedante que tomaba con anterioridad a su ingreso en la UCIC, salvo que existiera alguna contraindicación para ello. Es preferible la administración de fenotiacinas en vez de barbitúricos, pues éstos carecen de efecto antipsicótico, quedando postergados los antidepresivos ya que su acción es más tardía y pueden deprimir el inotropismo cardíaco.

2. Trastornos emocionales del personal que trabaja en la UCIC

Nos referiremos específicamente a los problemas que afectan al personal de enfermería, pues conocerlos en profundidad ayudará a disminuir el estrés y repercutirá beneficiosamente en su actuación profesional.

Los estímulos nocivos no sólo provocan efectos psíquicos o físicos adversos sobre la propia enfermera, sino que al disminuir su eficiencia, su moral de trabajo y en definitiva su rendimiento, pueden llegar a perjudicar el cuidado que ha de prestar a los enfermos que tiene a su cargo.

Cuando la enfermera se incorpora a la UCIC tiene la sensación de formar parte de un grupo seleccionado. El tipo de trabajo y las responsabilidades que va a asumir constituyen grandes alicientes. Sin embargo, los problemas que se pueden presentar son variados:

2.1. Derivados de las características propias de la UCIC

A veces, en las tareas diarias existen pocas posibilidades para el descanso y la relajación. Lo que se considera trabajo normal en la Unidad se vive como urgencia en otras partes del hospital, debiendo, por tanto, extremar la atención. Hay que estar alerta para saber discernir entre una situación inestable o crítica y otra estable o controlada, por lo que el cansancio físico o la sobrecarga emocional no son factores que ayuden a ello.

2.2. Derivados del cuidado del paciente

El contacto con enfermos graves, en ocasiones con elevada probabilidad de morir, supone un ejercicio de superación de los propios problemas personales para aliviar los de otros. Con gran frecuencia la relación enfermera-paciente constituye un excelente medio para conocer las vivencias del enfermo, pero debe evitarse en lo posible la identificación de algunos pacientes con familiares o seres queridos, lo cual demostraría una acentuada vulnerabilidad afectiva.

2.3. Derivados de la necesidad de una sólida formación

Es fundamental que los enfermeros dispongan de una amplia base de conocimientos. La aptitud para el buen desempeño de sus funciones les obligará a formarse continuamente. No es excepcional, ni mucho menos, que dicho personal tenga que tomar decisiones e iniciativas urgentes y rápidas sin tiempo para consultar al médico (en una parada cardiorrespiratoria, por ejemplo). De ahí la necesidad de una buena preparación y un gran juicio crítico para enfrentarse a distintas situaciones comprometidas.

2.4. Derivados de la comunicación interpersonal

Pueden existir en la UCIC problemas de relación interpersonal, tanto de las enfermeras entre sí como de éstas con el estamento médico. En el primer caso, el origen de las desavenencias y recelos podría ser el orgullo, o bien los conflictos laborales. El segundo caso se produce cuando hay ocasiones en las que una enfermera bien entrenada tiene que trabajar con un médico que posee menos experiencia que ella; o también, cuando se plantean médicamente actuaciones desproporcionadas con determinados pacientes que tienen escasas posibilidades de supervivencia. Ambas situaciones conllevan tensiones en el trabajo y un desgaste anímico que deberían ser evitados.

También se producen errores en el quehacer asistencial (médico o de enfermería). El buen criterio y la experiencia profesional sabrán deslindar la conveniencia de disimular los de escasa importancia y enjuiciar con rigor, en el lugar y momento oportunos, los relevantes.

Según varias encuestas realizadas a grupos amplios de enfermeras que trabajan en UCIC, los factores más destacables que conducen al estrés se enumeran por este orden: el contacto con la muerte, el trabajo físico y los problemas de relación con los médicos. En dichos estudios se destaca la gran flexibilidad y capacidad para adaptarse a diversas tareas que posee el personal de enfermería, así como la tendencia a formar grupos compactos con fuertes lazos de amistad entre sus miembros llegando, en ocasiones, a cubrir las deficiencias de su vida familiar o de relación.

2.5. Propuestas

Toda vez que se han detectado y analizado los problemas, hay que poner en práctica una serie de medidas que impidan o minimicen la aparición de los factores generadores de ansiedad en el personal de enfermería que trabaja en las UCIC, a saber:

- Además de la *preparación técnica* imprescindible que deben tener en materias básicas y clínicas, sería útil que ampliaran sus conocimientos en el área de la *psicología del comportamiento*.
- Si la *muerte* o el *sufrimiento* de los enfermos aumenta sus conflictos interiores será necesario elaborar programas donde se aborden estos temas, dialogando con personas cualificadas sobre el *proceso del morir* y los sentimientos que éste produce en los individuos que lo presencian.
- Se considera indispensable la realización de *cursos de actualización en las especialidades de Cardiología y Medicina Intensiva*.
- Tiene que haber dentro de la UCIC un lugar para el descanso del personal; también deben facilitarse los traslados fuera de la Unidad para aquellos individuos con mala tolerancia al estrés. Aunque deseable, no siempre es posible disponer de una plantilla suficientemente amplia y cualificada para cubrir todas las eventualidades (vacaciones, suplencias, etc.), debiendo evitar que las sustituciones sean efectuadas por personas inexpertas.
- Es muy conveniente la mutua comprensión entre médicos y enfermeros, con el fin de anular fricciones y suspicacias innecesarias.
- Deberían organizarse *reuniones periódicas conjuntas del personal de la UCIC*. Su carácter más informal tendría efectos beneficiosos: evitaría susceptibilidades al reconocerse las dudas y los errores; serviría para dar a conocer las innovaciones técnicas o farmacológicas; se discutirían los protocolos de actuación; y se plantearían

colectivamente las posibles soluciones a los diversos problemas que vayan surgiendo.

IV. Consideraciones éticas generales

1. La bioética y la asistencia sanitaria

La Medicina ha cambiado enormemente en los últimos veinticinco años. Esta evolución se ha producido por la interacción de varias causas:

- Los avances de la tecnología, que han generado nuevas expectativas diagnósticas y terapéuticas y, simultáneamente, ciertos conflictos relacionados con el inicio o el final de la vida y la investigación en seres humanos.
- Los cambios de nuestras sociedades, con la adopción de muy diferentes conductas, modos de comportamiento y pluralidad moral, sometidas, a su vez, a crisis permanente.
- Las modificaciones de la relación sanitario-paciente, que han transformado y cuestionado antiguos modelos excesivamente paternalistas y autoritarios en otros que incorporan los derechos de los usuarios y la responsabilidad del Estado en su salvaguarda.

Todo ello hace más complejo hoy día el proceso de tomar decisiones en la clínica, añadiendo, además, la porción de incertidumbre que a menudo conllevan. Las profesiones sanitarias, fundamentalmente Medicina y Enfermería, están inmersas en esa situación. Ha surgido, por eso, la necesidad de dar forma y contenido a una disciplina nueva que fundamente y facilite una metodología de análisis y posibles soluciones de los problemas éticos que plantean las ciencias de la vida: es la *Bioética*.

Junto al componente teórico de *conocimientos* mínimamente exigible, la *Bioética clínica* aplicada debe proporcionar a los profesionales de la salud las *habilidades y actitudes* para afrontar con dignidad y prudencia su quehacer asistencial. Asimismo, al ser una *ética civil, plural y racional*, debe basarse en unos *principios* de aceptación general y tener en cuenta siempre las *consecuencias* que se derivan de cada *acto* concreto.

Se da por supuesto, socialmente hablando, que el médico y la enfermera tienen "su ética" -identificándola con la Deontología profesional- y siempre tratan de aplicarla en la práctica diaria. Pero con harta frecuencia, sobre todo en los actuales momentos de "desmoralización" individual y colectiva, brotan a la luz determinadas carencias en la formación y en los comportamientos. Es obvio que dejar todas las *decisiones morales* al amparo de la conciencia subjetiva de cada profesional entraña riesgos, acarrea inseguridad y posibles sentimientos culpabilizadores y puede traer secuelas irreparables para sí mismo o para los otros. De ahí, la obligatoriedad moral de someter dichas decisiones a ciertos procedimientos objetivos que ayuden a analizarlas.

En nuestras profesiones manejamos *hechos* biológicos, pero también *valores* y finalidades humanas, no hay que olvidarlo nunca. Se nos instruye, tanto en el pregrado como en el postgrado, para la *curación* de las enfermedades (medicina) y para el *cuidado* de los pacientes (enfermería), pero se insiste poco en el alivio del sufrimiento y apenas se inculca alguna consideración de carácter ético que vaya más allá de ciertos consejos puntuales o leves recomendaciones generales, muchas veces de índole exclusivamente técnica.

Lo que constituye el "primer problema bioético" es cómo humanizar la relación entre las personas que poseen conocimientos médicos o de enfermería y el ser humano, frágil y con frecuencia angustiado, que vive el duro trance de una enfermedad que

afecta hondamente a su ser personal. Este y no otro es el núcleo de la cuestión objeto de debate, y sobre ello efectuaremos unas breves reflexiones.

2. Los principios bioéticos y su análisis

Los principios bioéticos son cuatro:

- *No Maleficencia* ("lo primero, no hacer daño").
- *Beneficencia* ("el mayor beneficio para el paciente").
- *Autonomía* ("del enfermo, para decidir sobre sí mismo").
- *Justicia* ("distribución equitativa de los recursos; bien común/bien individual").

Los dos primeros derivan del juramento de Hipócrates, mientras que los dos últimos tienen un desarrollo contemporáneo reciente. Es preciso señalar que, en la tradición hipocrática, el sentido más amplio del principio sagrado de la ética médica dice: "favorecer, o al menos no perjudicar". De él se derivan dos obligaciones: no hacer mal a nadie (*no maleficencia*) y realizar el bien siempre que sea posible (*beneficencia*). Esta distinción de matices es fundamental, ya que el primer deber es absoluto mientras que el segundo depende del sujeto que vaya a recibir nuestra ayuda; es decir, nunca se puede hacer mal a otra persona, pero no siempre estamos obligados a hacerle el bien, y mucho menos en contra de su voluntad.

Todos los principios siempre deben tenerse en cuenta. No obstante, pueden entrar en conflicto unos con otros, teniendo que valorar entonces la importancia de cada uno en cada caso concreto.

En España, el profesor Diego Gracia ha propuesto un excelente modelo de análisis bioético que parte de la historia clínica del paciente. Sin un conocimiento previo de los datos biológicos y biográficos, difícilmente se podrán evaluar los aspectos éticos comprometidos. Lo primero que se hace es identificar los posibles problemas éticos y los principios que están implicados, tratando de justificar, a continuación, las excepciones a la norma en función de las consecuencias previsibles. Ahora bien, según postula el citado bioeticista, todos los principios no tienen la misma consideración, por lo cual establece dos niveles jerárquicos: un *primer nivel* de carácter absoluto y general, constituido por los principios de no maleficencia y justicia; y un *segundo nivel* de carácter relativo y particular, donde se incluyen los principios de autonomía y beneficencia. El primer nivel se conoce como "*ética de mínimos*"; es decir, una ética civil que obliga por igual a todos los miembros de la sociedad y cuyo cumplimiento puede ser impuesto a los individuos, incluso coactivamente, mediante normas jurídicas. El segundo nivel corresponde a la "*ética de máximos*", y está en relación con los proyectos de vida de cada persona; ello implica que nadie puede imponer a otro su propio ideal de perfección, felicidad o bienestar.

Algunos autores extranjeros han elaborado otros procedimientos de análisis bioético. Lo importante es familiarizarse con uno de ellos y aplicarlo debidamente. Aunque los métodos no logran compensar la inmadurez moral de las personas o sus alteraciones del carácter, pueden constituir una guía valiosa para tomar decisiones éticas, si bien no es obligado que todos los sujetos lleguen siempre a conclusiones idénticas después de la aplicación del mismo método.

3. Conflictos bioéticos y líneas de acción

Si una de las finalidades de la Enfermería es la capacidad para bregar con otro ser humano en las experiencias de máxima intensidad relacionadas con la salud y el sufrimiento, es claro el binomio humanización-enfermería. De hecho, no puede

entenderse de otra manera sino como un encuentro genuino en el marco de una relación de diálogo. Por ello, el *deber primero y fundamental de la Enfermería* es "procurar el mayor bien del paciente (enfermo o usuario)".

Derivado directamente de él está el de "obedecer a los médicos (en lo relativo al diagnóstico y tratamiento)", como el mejor modo de asegurar dicho principio absoluto. Sin embargo, hay que considerar en la actualidad que el enfermero es un sanitario cualificado, con obligaciones morales específicas y cierto grado de autonomía, al que no se le puede pedir en todo momento "fe ciega" y "obediencia incondicional", pero sí esperar su colaboración indispensable dentro del equipo asistencial. Esto es lo habitual, si bien puede haber ocasiones de discrepancia entre médicos y enfermeros, en lo relativo a los cuidados del paciente, que acarrear tensión laboral y situaciones de ansiedad.

En las situaciones clínicas difíciles o delicadas hay que discernir bien los hechos y las indicaciones médicas, respetar los valores del paciente, atender en lo posible las preferencias del enfermo (en su defecto, de familiares o allegados), revisar las motivaciones propias del profesional (médico y de enfermería), tener en cuenta la calidad de vida del paciente (enfermo o usuario), contemplar los intereses de las terceras partes (instituciones administrativas o judiciales) y clarificar, por último, las alternativas éticas.

Todo lo anterior requiere examinar los diferentes cursos de acción posibles a la luz de unos grandes principios, tratando de prever las consecuencias derivadas de su aplicación a los casos concretos. Por tanto, la simple "buena conciencia" del profesional es insuficiente. Hay que poseer una información y unos conocimientos adecuados, unas actitudes apropiadas y una capacidad decisoria que pueda integrar los conflictos.

Definidas las situaciones y los posibles conflictos, estamos ahora en condiciones de insinuar algunas necesidades ético-asistenciales:

- * Necesidad de educar a los profesionales (médicos y enfermeros) en los problemas éticos que genera la asistencia y la investigación en seres humanos.
- * Necesidad de la enseñanza de la Bioética en las Facultades de Medicina y Escuelas de Enfermería durante el pregrado.
- * Necesidad de introducir la Bioética en los cursos de formación continuada durante el postgrado.
- * Necesidad de instruir a los médicos y enfermeros en métodos de análisis de los problemas éticos, que les capaciten para tomar decisiones en situaciones conflictivas.
- * Necesidad de revalorizar la historia clínica, como el documento indispensable para analizar racionalmente los problemas morales que emanen de ellas.
- * Necesidad de consensuar criterios de actuación entre los profesionales y fortalecer el trabajo en equipo.
- * Necesidad de apoyo colectivo multidisciplinar para el análisis y resolución de los problemas éticos, mediante la creación de *Comités Asistenciales de Ética* en hospitales y áreas sanitarias.

Es evidente que aunque se logran todos los objetivos propuestos no se garantiza la infalibilidad de las decisiones, y menos aún en el campo de las responsabilidades morales; pero pueden asegurarse menos errores debido a la reflexión crítica, la actitud prudencial y la justificación ética basada en principios aceptados por todos.

Resumiendo

La sociedad sí puede exigir a la medicina y a la enfermería que no sea maleficente ni injusta, ya que la no maleficencia y la justicia son condiciones básicas necesarias, pero no suficientes, en la relación sanitario - paciente. Pero a su vez, ambas profesiones deberán armonizar sus deseos de beneficencia hacia el enfermo contando con la voluntad de éste. Del ajustado equilibrio entre hechos y valores, principios y consecuencias, derechos y deberes, podemos ayudarnos para tomar decisiones no sólo técnicamente correctas sino éticamente buenas. Y en este empeño, todos somos aprendices.