

El anciano en el hospital

María Isabel Negrete Redondo*

RESUMEN. El artículo va dirigido a una reflexión de la situación del anciano dentro de la dinámica hospitalaria, donde el personal sanitario a menudo debe enfrentar el tema de la exclusión de la autonomía del anciano en la toma de decisiones referentes a su tratamiento, sobre todo en la limitación del encarnizamiento terapéutico en este grupo de edad; a este respecto, se revisan algunos criterios de limitación y los principios que deben regir la toma de decisiones en relación con los ancianos. Por pertenecer a un grupo vulnerable, también se revisa la propuesta del Comité Internacional de Bioética de la UNESCO para la inclusión del principio de respeto a la vulnerabilidad y a la integridad personal.

Palabras clave: Autonomía, vulnerabilidad, encarnizamiento terapéutico.

ABSTRACT. This article reflects on the dynamics involved in hospitalization of the elderly, a realm where the health professional is confronted by a number of ethical situations such as the exclusion of the elders in issues regarding their decision-making capability, the insistence on life-sustaining interventions by the physician. Some key standards and principles concerning decision-making by these patients are here reviewed. Since elders belong to a vulnerable group, this article also analyzes the principles of vulnerability and personal dignity as stated by UNESCO's Bioethics International Committee.

Key words: Autonomy, vulnerability, insistence of life-sustaining.

Introducción

Los ancianos morían calladamente, como si durmieran, rodeados de personas que de ellos se despedían; las bendecían sonriéndose; estas personas, a su vez, respondían con luminosa sonrisa. No vi dolor ni lágrimas en estos actos, sino un amor que se multiplicaba hasta la exaltación, una exaltación sosegada, integradora, contemplativa. Podía pensarse que seguían en contacto con sus muertos incluso después de la defunción, y que la muerte no truncaba la unión terrena que entre los seres existía.¹

En estas líneas de *El sueño de un hombre ridículo*, Dostoievski ilustra el proceso idóneo de morir. Un final al que todos aspiramos y que, sin embargo, está muy lejos de ser una realidad en los actuales sistemas de atención, particularmente en la asistencia al anciano. Ante esta situación, las preguntas obligadas serían: ¿qué sucede en las instituciones asistenciales públicas o privadas que transmiten esta inseguridad? ¿Qué debemos hacer los profesionales de la salud para brindar respeto, tranquilidad y seguridad a nuestros pacientes ancianos? ¿Qué valores debemos de retomar en la atención al adulto mayor?

Durante siglos, los ancianos fueron considerados sabios, jueces, pensadores y rectores de pueblos, honrados por ser padres y madres de un linaje. Eran aceptados y estimados; su experiencia era una guía fundamental para aquilatar aquellas situaciones de las que los jóvenes carecían de referencia. Estos ancianos se sentían y mantenían joviales, ya que su perspectiva de la vida les merecía ser considerados consejeros por las generaciones más jóvenes.

En el mundo postmoderno que habitamos prevalecen el valor del éxito y del conocimiento, la compe-

* Instituto de Geriátría, Institutos Nacionales de Salud, Secretaría de Salud.

Dirección para correspondencia:
Mtra. María Isabel Negrete Redondo
Av. San Fernando Núm. 2, Puerta 2, Edificio 6, Col. Belisario Domínguez Sección XVI. Tlalpan 14080. México, D.F.
Teléfono: + 52 (55) 55738686 ext. 301, 302, 303.
Correo electrónico: mdecastro17@gmail.com

Recibido: 6 de Mayo del 2010

Aceptado con modificaciones: 15 de Junio del 2010

titividad individual y la búsqueda de productividad –meta que siempre parece inalcanzable a causa de los tortuosos procesos administrativos–, fenómenos y paradojas que influyen en el desempeño de nuestros jóvenes profesionales de la salud. Por otra parte, el desarrollo tecnológico alcanzado en las últimas décadas, si bien ha resultado en una mayor esperanza de vida, al mismo tiempo favorece una creciente prevalencia de enfermedades crónicas, algunas gravemente incapacitantes. Esta situación paradójica llamada «*fracaso del éxito*» plantea problemas adicionales, ya que no se trata de personas ancianas generalmente sanas que pueden disfrutar los años de vida en plena posesión de sus fuerzas físicas e intelectuales, sino de pacientes con comorbilidad; todo lo anterior dentro de sistemas de salud con una seria problemática económica y política.

Sobre esta circunstancia, Peter Költringer señala: «¡Ahora el anciano se ha hecho realmente viejo! ‘Viejo’ en el sentido de gastado, ‘viejo’ en el sentido de inútil y, sobre todo, ‘viejo’ en el sentido de carga para la sociedad, ya que no cuadra en absoluto con nuestra sociedad de rendimiento y progreso continuo, lejano a las nuevas generaciones, frecuentemente solo y, por lo tanto, muy lejos de enfermar y morir con dignidad.»²

La situación que viven actualmente nuestros ancianos repercute en forma directa en los profesionales de salud, ya que en esta época, más que en otras, tendrán que asumir funciones de cuidado que tradicionalmente eran realizadas por la familia, esto los coloca ante dilemas éticos específicos que se presentan en la atención a personas de este grupo de edad y en los cuales ellos están involucrados directamente. Como profesionales dedicados a la atención del adulto mayor, debemos comprender que el centro de nuestra acción es una persona que ha ido cambiando durante las fases de su vida y, en ocasiones, puede cambiar también su plano de relación con la realidad, no así su derecho a que se respete su dignidad.

Problemas éticos en la asistencia geriátrica

La literatura señala que los problemas éticos que se presentan con más frecuencia en la asistencia geriátrica a nivel global son:

- La edad cronológica como criterio de exclusión de la atención sanitaria
- La autonomía del anciano y su capacidad de decisión
- Maltrato a los ancianos

Dentro de la dinámica hospitalaria, la mayoría de las situaciones que comprometen la actuación ética del equipo sanitario tienden a circunscribirse a los problemas relacionados con el criterio de exclusión de la atención sanitaria y a la autonomía del anciano.

En el contexto mexicano, si bien hasta ahora no se ha determinado excluir a los ancianos de la atención sanitaria, sí se ha planteado la necesidad de establecer criterios para limitar las acciones terapéuticas –y así evitar encarnizamientos– en este grupo de edad y para respetar la autonomía de los adultos mayores en la toma de decisiones, por lo que aquí se revisarán los aspectos más importantes en el planteamiento de estos problemas.

Si es necesario poner límites terapéuticos, ¿qué criterios hay que seguir para aplicar las limitaciones? Estos criterios no deben basarse en la edad o la calidad de vida, en el primer caso para evitar posturas «ancianistas» y en el segundo por la subjetividad que puede implicar. De ahí que los criterios se orienten, más bien, a la decisión del paciente, la valoración clínica del anciano o la decisión conjunta, tomada por el equipo asistencial y el paciente o, en su defecto, con sus familiares.

Las posturas basadas en la calidad de vida serían éticamente aceptables siempre que en la valoración de calidad de vida del anciano se siguieran las siguientes pautas:

- Escalas de valoración, adecuadamente diseñadas y validadas.
- Considerar siempre la opinión del anciano.
- Antes de tomar una decisión, intentar mejorar los diversos factores que intervienen en la configuración de la calidad de vida.
- Buscar alternativas razonables al tratamiento; si éstas no existen, los cuidados adquieren una mayor relevancia clínica y ética, siempre dirigidos a mejorar o, al menos, mantener la calidad de vida del anciano.³

La autonomía del anciano y su capacidad de decisión

Habitualmente, lo que observamos en el ámbito hospitalario es que las decisiones en relación al tratamiento del anciano son tomadas por los familiares, independientemente de la condición del mismo. A este respecto, los profesionales de la salud que participan en la atención directa del paciente deben reconocer que un anciano, en tanto persona, es un sujeto moral y puede tomar decisiones autónomas concernientes a su salud o su vida. Considerar que un anciano no puede tomar determinadas decisiones en el ámbito de la salud es claramente inmoral y vulnera sus más elementales derechos. Cuando la capacidad del anciano está mermada o abolida, las decisiones que tomen tanto los familiares como los propios profesionales deben estar dirigidas al mayor bien del anciano, por encima de cualquier otra consideración; sólo siguiendo este criterio cabe afirmar que se está procediendo conforme a los principios éticos.

Los principios para la toma de decisiones en relación con los ancianos podrían resumirse de la siguiente manera:

- Los pacientes ancianos son autónomos y tienen derecho a escoger entre varias opciones de tratamiento o cuidado e incluso la negativa al tratamiento.
- Debe procurarse a los ancianos una adecuada información para que su elección sea la mejor posible.
- No debe privarse de información a los ancianos aunque ésta sea desagradable.
- Cuando exista desacuerdo entre el profesional de salud y el anciano, el paciente puede solicitar cambio de profesional, o bien, este último puede retirarse del cuidado del mismo.
- La «voluntad anticipada» o «testamento vital», independientemente de que tengan o no validez legal, poseen autoridad moral y pueden ayudar a los profesionales a tomar decisiones en determinadas situaciones críticas.
- Cuando el anciano no es capaz de efectuar una elección y no existen recomendaciones

previas, el profesional debe intentar descubrir las preferencias del paciente.

- Si es imposible lo anterior, la decisión se tomará de acuerdo con los familiares y siempre deberá tener en consideración el mejor interés del paciente.³

El principio de respeto a la vulnerabilidad humana y a la integridad personal

Para fortalecer la postura expuesta anteriormente, se planteará la propuesta de proyecto elaborada en octubre de 2008, durante la decimoquinta sesión ordinaria del Comité Internacional de Bioética de la UNESCO, y discutida en su última sesión, en noviembre de 2009, respecto a la inclusión del principio de respeto a la vulnerabilidad y a la integridad personal.

El trabajo inicia con el planteamiento del problema al exponer el artículo 8 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005), que establece:

Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se deberá tener en cuenta la vulnerabilidad humana. Los individuos o grupos especialmente vulnerables deberán ser protegidos y se deberá respetar la integridad personal de dichos individuos.⁴

La metodología aplicada incluye una revisión del principio de la vulnerabilidad humana en la práctica médica, la experimentación e investigación con humanos, y las políticas de atención a la salud e investigación. Este grupo de trabajo también realiza un enfoque histórico y filosófico de dicho principio en bioética, de su inclusión en la Declaración y concluyen en la categorización de las personas que requieren protección especial.

Aquí sólo abordaremos los aspectos relevantes a nuestro tema de interés, a saber: el respeto a la autonomía y dignidad del anciano hospitalizado y la actitud ética del personal de salud.

La autonomía es un valor esencial para la bioética y sus principios. La investigación o la práctica médica no pueden concebirse sin tomar en

consideración la autonomía del individuo. Pero no todo ser humano se encuentra en situación de poder ejercer tal autodeterminación. Estos seres humanos son designados como «vulnerables» y es necesario darles protección especial. Los profesionales de salud y la sociedad tienen «responsabilidades especiales» para con ellos, pues deben ayudar a protegerlos de todas las formas de explotación, abuso o maltrato, pero al mismo tiempo deben cuidar que no sean excluidos de los posibles beneficios. El principio de integridad, que está inseparablemente vinculado con el concepto de vulnerabilidad, se refiere al carácter inviolable del derecho del individuo a no ser «tocado o afectado» física o psicológicamente, reconociendo la multidimensionalidad de la persona, ya que el excluir alguna de sus dimensiones implica distorsionar la esencia del ser humano.

La razón más importante por la que el principio de vulnerabilidad humana e integridad personal fue incluido en la Declaración está vinculada con el alto nivel de especificidad del principio del «consentimiento», que llegó a dividirse en dos artículos: «Consentimiento» y «Personas incapaces de expresar su consentimiento», en un esfuerzo deliberado por contemplar todas las situaciones de vulnerabilidad, consensuando el concepto de «vulnerabilidad» como una condición humana, extensiva a todos los seres humanos, con el reconocimiento de que existen individuos o grupos con una vulnerabilidad especial.

De esta manera, el término *vulnerabilidad* se incluye en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005) con un doble significado: el de una característica y el de una condición. Interpretadas de esta forma, la «vulnerabilidad» constituye el fundamento universal de la ética, la causa última o fundamento de la moralidad.

Entre los grupos identificados como vulnerables y con necesidad de protección especial y que están directamente relacionados con el área de salud se encuentran: niños, mujeres, personas discapacitadas, personas mayores y de edad muy avanzada, personas con enfermedades mentales, personas temporalmente incapacitadas (urgencias y cuidados intensivos).⁴

En conclusión, se ha observado que el solo hecho de contar con el principio del consentimiento no ha sido suficiente para garantizar el respeto a la autonomía de los pacientes, sobre todo de aquellos que están en condiciones de vulnerabilidad, haciendo énfasis en la importancia del actuar ético de los involucrados para poder lograr la aplicación de todos estos principios.

El sentido del texto anterior es llamar la atención sobre la gran responsabilidad del profesional de la salud al participar en la atención de ancianos, y destacar que a mayor fragilidad, mayor responsabilidad. Otra intención es hacer conciencia de que el consentimiento informado no es sólo un proceso administrativo y legal para cumplir con estándares de atención y de calidad, o una autorización definitiva para aplicar indiscriminadamente todos los procedimientos y terapias que son viables, sino que se trata de un concepto de especial importancia, pues involucra la autonomía y dignidad del paciente y la actuación ética de los profesionales, lo que pone en relieve la interacción entre ambas partes.

Todos los profesionales de la salud conocen por experiencia las diversas condiciones a las que nos enfrentamos al realizar nuestra práctica profesional dentro de los ámbitos hospitalarios, donde confluye una serie de intereses de diversas índoles: económica, académica, laboral, de investigación, de reconocimiento. Y pareciera que cada vez se vuelve más difícil actuar éticamente ante estas circunstancias cuando debiera ser el caso contrario: que esas circunstancias nos exijan mayor conciencia y acciones éticas. Estas encrucijadas a menudo nos producen insatisfacción profesional o inclusive frustración personal, así como un profundo sentimiento de impotencia. ¿Qué podemos hacer a nivel individual para limitar estos dilemas éticos en la práctica diaria? ¿Cómo podemos estar más tranquilos de las decisiones que tomamos en relación a nuestros pacientes?

Propuesta de acciones

En forma práctica, la sugerencia se centra en tres acciones:

Reconocimiento y aceptación de la existencia del problema y de mi propia responsabilidad de responder al mismo. Reflexionar sobre mi forma de actuar ante situaciones con una implicación ética, preguntarme qué tipo de interés prevalece en mi toma de decisiones, valorar si antepongo mi imagen de éxito profesional o mi tranquilidad laboral sobre la autonomía o dignidad de los pacientes –manifiesto en comentarios como «en mi guardia no se muere»–, prolongando médicamente una muerte inminente; o si, por el contrario, mantengo una actitud pasiva y colaborativa ante estas decisiones.

Debemos de modificar el concepto de éxito profesional –comprendido éste desde la perspectiva de evitar la muerte a todo lugar– hacia uno centrado en favorecer el vivir-morir con dignidad.

Valorar, conocer y reconocer a nuestro paciente. Cada profesional de salud que interviene en la atención del adulto mayor tiene momentos de acercamiento a éste que son invaluable para conocer sus deseos y forma de pensar acerca de su proceso de enfermedad. Al efectuar la historia clínica o la exploración inicial del paciente, el personal médico no debe limitarse a la observación de los aspectos fisiopatológicos, sino que debe profundizar en la forma en que el paciente está enfrentando la enfermedad, sobre todo si el pronóstico no es favorable.

El personal de enfermería tiene la obligación de detectar durante su valoración de necesidades aquéllas de índole espiritual y de autorrealización que están contempladas en todas las teorías de enfermería, y debe considerarlas en su plan de cuidados, haciendo las veces de un puente de comunicación entre el paciente y la familia.

A su vez, la trabajadora social puede valorar la respuesta de la familia ante la enfermedad de su familiar y anticipar las posibles reacciones ante este proceso, previendo así desde posibles inconformidades hasta la posibilidad de abandono.

Puede preverse incluso la participación de psicólogos o tanatólogos en aquellos casos en que la

familia, el paciente o ambos se nieguen de manera absoluta al proceso natural de la enfermedad o de la muerte y, en consecuencia, pidan o mantengan una serie de intervenciones clínicas innecesarias, impidiendo una adecuada toma de decisiones por parte del equipo de salud.

Comunicación y trabajo en equipo. Como profesionales, debemos asumir que pertenecemos y formamos parte de un equipo de trabajo asistencial que, si logra potenciar y reconocer las acciones que le son propias a cada uno de sus miembros en la atención del paciente, serán beneficiados tanto el paciente –en cuanto al respeto de su autonomía–, como cada uno de los integrantes del equipo –al interactuar y apoyar la toma de decisiones. Los médicos deben aprender a preguntar y escuchar al personal de enfermería, pues son quienes pasan más tiempo cerca del paciente y sus familiares, detectan y perciben los deseos y necesidades del paciente, así como las posibles reacciones de la familia ante diferentes situaciones, por ejemplo, si ésta realmente respeta los deseos del paciente o no.

Las enfermeras y trabajadoras sociales deben comunicar al personal médico sus observaciones de los pacientes y su familia, incluso si el médico no les pide expresamente su opinión, ya que ante todo deben exponer las necesidades y deseos del paciente, sobre todo cuando esté comprometido el respeto a la autonomía del mismo.

La complejidad del manejo del paciente anciano requiere acciones y decisiones interdisciplinarias y de trabajo en equipo. Sólo desde el respeto a la dignidad del anciano puede realizarse una asistencia geriátrica plenamente ética. Como señala Pérez Melero, «cualquier minusvaloración de esta dignidad llevará al rechazo, al abuso y, finalmente, al desprecio del anciano como una ‘vida sin valor vital’».³

Una de las tareas que el personal de la salud que atiende a adultos mayores debe asumir con urgencia es la de abogar en defensa al respeto de la dignidad de sus pacientes.

Bibliografía

1. Dostoievski, F. El sueño de un hombre ridículo. México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, 1998: 29.
2. Kólringer P. El anciano: de sabio a menesteroso. Persona y Bioética, 1998; 3.
3. Pérez-Melero A. Aspectos éticos del cuidado de los ancianos. Manual de ética y legislación en enfermería. Madrid, Mosby, 2000.
4. Comité Internacional de Bioética, UNESCO. Principio de vulnerabilidad y respeto a la integridad personal. Documento de trabajo para la 16ª sesión del Comité Internacional de Bioética de la UNESCO. México, noviembre de 2009.