
NUEVOS CRÓNICOS: CUESTIONAMIENTO DE LA ÉTICA ASISTENCIAL

José Antonio de la Rica

Hospital Psiquiátrico de Bermeo

El hospital psiquiátrico, como cualquier institución, ha asumido tradicionalmente la existencia de un orden mayor institucional al que el resto de consideraciones se subordinan. A este orden se le encarga la fijación de los objetivos que permiten y justifican el funcionamiento de la institución, así como la exigencia de una máxima eficacia en la consecución de los mismos, lo que generalmente conlleva como herramienta principal la disciplina.

El hospital psiquiátrico es heredero de una concepción asistencial asilar, donde la caridad cristiana es el motor de las actuaciones y todo se expresa en forma de concesiones y no de servicio o cumplimiento de deberes.

Sirvan estas dos reflexiones básicas para centrar la peculiaridad del universo institucional psiquiátrico y su especificidad. En este medio, una concepción holística de la enfermedad psiquiátrica establece la categorización del paciente como un todo y todas las facetas de su conducta, psiquismo y afectividad quedan bajo el influjo de la enfermedad, siendo interpretado como síntoma cualquier rasgo que sea ajeno al observador o a la norma social dominante. Queda así legitimada cualquier actuación sobre la conducta del paciente con la tranquilidad de que forzar actuaciones contrarias a su voluntad es un acto terapéutico por el que se controla un síntoma. Todas las facetas de la vida del paciente quedan sometidas a esa contingencia y todas las actuaciones del personal inciden en aspectos enfermizos.

Esta concepción unívoca, paternalista y naturalista del enfermo se ha visto abonada por dos elementos claves en el hospital psiquiátrico: 1.- La certidumbre de que las actuaciones sobre los pacientes son éticamente correctas.

El sentimiento que las anima es de beneficencia y por lo tanto queda legitimada cualquier medida destinada a la consecución de un bien de mayor rango como es la salud, en contraposición a la enfermedad padecida, evidente en los actos del paciente. No existe por lo tanto conflicto ético para actuaciones que en otros ámbitos hubieran sido claramente inmorales al incidir sobre el libre albedrío de las personas en el control de su persona o bienes.

2.- El perfil del enfermo de muchos años de institucionalización o “viejo crónico” en contraposición al nuevo crónico.

Atendiendo a los elementos sociales que tienen una labor más plástica sobre la personalidad del paciente y conforman su “normalidad”, la configuración de los mismos es diametralmente distinta. El “viejo crónico” tiene una experiencia de la vida extrainstitucional durante su juventud y la mayor parte de su ingreso, de un orden social autoritario y dictatorial donde toda la sociedad era tratada de forma paternalista. Su relación con la autoridad es desde el temor y la otorgación de características de omnipotencia a las figuras que detentan la misma. La cultura que sostiene y genera esta situación es la de los deberes y las normas, una cultura que se llama a sí misma “bienpensante”.

Como elemento coyuntural y añadido está el hecho de haber tenido hasta fechas recientes nulo poder adquisitivo y estar sometido a las concesiones de una concepción de la enfermedad mental como terreno de la beneficencia social.

Esta constelación de factores añadidos a las características alienantes y estigmatizadoras de la enfermedad mental, convierten al “viejo crónico” en una persona esencialmente sumisa con la institución e incapaz de articular sus quejas. Esa es una de las principales bazas de confirmación de la bondad de las actuaciones ‘terapéuticas’: la inexistencia de queja. “Si fuera malo se quejarían”.

Para el nuevo crónico la situación es diferente. La experiencia, todavía reciente, que tiene del orden social es distinta; además de existir otro modelo político, la conformación de la sociedad civil es diversa y el derecho a la discrepancia con los poderes mayores es comúnmente aceptado.

La relación con la autoridad se hace desde distintos ámbitos: la rebeldía, el conformismo, el desafío y frecuentemente desde la justificación romántica de la enfermedad, constructo elaborado desde la misma sociedad y en la que el peso del estigma se ve mitigado por su inevitabilidad. Hay una verbalización frecuente que es la de “ser enfermo por la sociedad” y una postura consecuente: “Que la sociedad pague por ello”. Esta postura supone una introyección de la cultura de los derechos que llevada a sus últimas consecuencias se articula en el derecho a ser feliz y, en el caso que no serlo, deberse a que alguien o algo lo está impidiendo. A estos elementos culturales se suman otros prácticos como son el cobro de pensiones y la costumbre de un gasto consumista cuando menos moderado, que pueden realizar sin haber tenido la experiencia de su costo a otros niveles y que, invariablemente, parece escaso para las apetencias que despierta.

De esta situación contrapuesta a la anterior surge un reposicionamiento del paciente frente a la institución. Ahora exige unos derechos que implican su reconocimiento como persona fuera de los límites estrictos de la enfermedad. Reclama la gestión de elementos como la libre deambulacion dentro y fuera del hospital, el derecho a una dieta que le sea apetecible, el control total de su dinero..., como aspectos irrenunciables de su vida cuando antes eran discrecionales y podían ser utilizados en otros ámbitos que denominábamos terapéuticos como refuerzo positivo o negativo. El discurso del paciente, en general demagógico y de consecuencias desestabilizadoras del orden y en ocasiones de la propia patología, tiene, no obstante, la calidad de lo genuinamente sano. Cuando descartamos la interferencia de elementos patológicos, nos encontramos ante decisiones con las que podemos o no estar de acuerdo pero que se articulan en un plano de igualdad. Es aquí donde surge el conflicto antes inexistente, emplear la capacidad de decisión para determinar la conducta del paciente, aspecto éste que pertenece a las áreas que nos vinculan a lo patológico, en otras áreas, estableciendo una relación de poder, es sencillamente inmoral.

Ya no basta la motivación siempre benéfica y bienintencionada de nuestros actos, hay otros criterios que vienen al caso: ¿Tiene límites el paternalismo? ¿Hay respeto a los derechos de la persona?

Este reconocimiento de la validez como interlocutor de la otra persona exige un enfrentamiento a la capacidad para responsabilizarse de las áreas reivindicadas y asumir las contrariedades, sean del tipo que sean, que puedan surgir en su ejercicio.

En este punto también surge el conflicto al hacer una dejación de las decisiones que antes se asumían para evitar un daño probable al paciente y que ahora entregamos con la certeza de que puede haber una mala utilización de los mismos respecto a criterios de "normalidad".

Esta situación de conflictividad llega al hospital psiquiátrico de la mano de los nuevos crónicos, portadores de un tiempo social que lleva retraso entre las paredes del hospital psiquiátrico. No es que el hospital fuera inmoral sino que su formulación ética era distinta y este hecho implica importantes desgarros en la idea misma de la institución como lugar con reglas y funcionamiento ético propio.

El Hospital de Bermeo es un hospital psiquiátrico con unidades de larga estancia, psicogeriatría y media estancia, además de un Departamento de Oligofrenias profundas. La Unidad de Larga Estancia denominada **Rehabilitación**, acoge a pacientes crónicos que por sus características psicopatológicas son más susceptibles de una integración en un medio social normalizado o a aquellos que provienen de media estancia u otras estructuras y en los que diversas causas, generalmente su conflictividad conductual, no permiten una vida autónoma e integrada. En esta unidad se planteó, en Junio de 1994, la formación y documentación del personal para discutir y resolver aspectos planteados por los pacientes que no estaban concretamente ubicados en la clínica y que producían malestar al no tener una guía clara para resolverlos. Durante 9 meses, a razón de dos horas semanales, se reunió todo el equipo asistencial para abordar someramente las distintas formulaciones éticas, conceptos impartidos por el médico y la psicóloga de la unidad; personal con una formación de 120 horas lectivas en bioética y miembros de la comisión promotora de ética asistencial de Bizkaia. Posteriormente se discutieron casos documentados sobre situaciones en las que se produce un conflicto ético (aborto, suicidio, eutanasia...), algunos referidos a casos del ámbito hospitalario y otros no. Al final del ciclo se constataron conocimientos y actitudes dispares producidos sobre todo por la irregular asistencia debida al sistema de turnos para personal de enfermería. El objetivo principal de este ciclo no era producir un cambio en las reglas éticas que animan nuestra actuación como sanitarios sino conocer desde qué fundamentaron ética **racional** la estamos realizando para poder así abordar temas espinosos desde un relativo desapasionamiento y con un talante reflexivo.

No hay interés en eliminar viejos modelos sino en reflexionar sobre ellos y contrastarlos con los utilizados civilmente fuera del marco hospitalario.

El primer efecto de este ejercicio ha sido el contrario al deseado, donde se buscaba frialdad se ha hallado apasionamiento en la defensa de las actuaciones clásicas. El cuestionamiento del quehacer es vivido de forma visceral como el cuestionamiento de las personas y su buena fe. A este respecto ha habido una postura pendular desde la reanimación de las actuaciones drásticas para controlar conductas que se viven como síntomas a la inhibición absoluta sobre cualquier aspecto de la conducta del paciente para no interferir en su autonomía.

Esta dificultad para la discusión pacífica tiene que ver con la interiorización de una concepción hospitalaria asilar y una visión de la enfermedad naturalista y emotivista en lo ético y paternalista en lo práctico. Estas concepciones se revelan como relativamente impermeables a la experiencia nueva. Ha sido importante explicitar e incluso convenir en lema de todo el proceso la necesidad de desculpabilización ante los sentimientos contradictorios que surgen: lo que se hacía antes no estaba mal hecho pero sí es cuestionable.

La situación actual de los nuevos crónicos en el hospital es la de explicitar su existencia de una forma negativa; personas a las que un concepto mal entendido de la autonomía retrasa en su carrera en la consecución del viejo modelo al que, ineludible y pesimistamente, acabarán llegando. Los nuevos crónicos no son nuevos sino viejos crónicos díscolos y desobedientes a los que hay que enseñar.

El mundo institucional está fuertemente normalizado y a toda acción corresponde una reacción que está preestablecida. El introducir la reflexión y dilatar el tiempo entre el problema y su resolución va en contra de una tradición fuertemente arraigada en la concepción misma de hospital como lugar donde los problemas que llegan o surgen tienen unas características de urgencia que exigen su resolución inmediata. La ruptura de las normas tiene el sentido de introducir la flexibilidad que emana de un posicionamiento reflexivo ante los problemas, no la sustitución por otras; esta postura supone el replanteamiento de viejos hábitos y el desflo de un nuevo modelo no de la enfermedad sino del enfermo.

Como conclusiones relevantes de este proceso de diálogo y reflexión se han delimitado una serie de puntos cuyo seguimiento se ve como positivamente importante tanto para la comprensión de los nuevos tiempo como para lograr prácticas profesionales que aúnen la eficacia terapéutica con el respeto a los derechos y deberes del paciente.

1. Consenso

Hace falta un nuevo consenso asumido y argumentado sobre la figura del enfermo psiquiátrico hospitalizado, y este punto necesita de una decantación clara de posturas personales al respecto. Sin este consenso, que pone en tela de juicio el anterior, no es posible el trabajo o al menos su realización con una cierta calidad.

2. Aceptación de la objeción

Valorar y dignificar el derecho a disensión por razones éticas y someter tanto los hechos como los motivos a una discusión que permita aportar nuevas soluciones. La discusión sincera y fundamentada de determinados actos que generan malestar ético logra generalmente compromisos, acerca posturas alejadas y mejora la calidad del trabajo. En este punto es importante remarcar que en los problemas de objeción se da generalmente una colisión entre dos derechos

3. Profundización en la psicopatología y la clínica

Se demostró en la discusión como la vía más oportuna para la correcta apreciación de los problemas y la delimitación de los campos que corresponden a lo patológico y lo personal. Como efecto colateral de esta delimitación surge la necesidad de posturas más drásticas y consecuentes con una realidad clínica contrastada. Aumenta la indicación de trámites de incapacitaciones totales o parciales que antes no se iniciaban al no estar exhaustivamente delimitado el campo psicopatológico, que es el único desde el que surge la incapacidad del sujeto.

4. Importancia de la comunicación y la tolerancia

Desde el momento en que el sanitario se enfrenta a la persona en su faceta de no paciente pasa a ser educador antes de sanador. Actúa frente a idiosincrasias y no frente a patologías si existe una autonomía recíproca que permite a ambos consensuar o no respecto a los objetivos. Esta postura en las antípodas de la tradicional produce en ocasiones actitudes de desapego y pasividad, pero, en un sentido amplio, está destinada a que podamos ejercer desde la convicción y el uso correcto de la comunicación una labor de modelado sobre los aspectos que parezcan poco adecuados de la persona, presionando incluso, pero en último término respetando las opiniones como válidas y tolerando la cuota de caos que esa tolerancia introduce en la institución.

5. Responsabilización de los pacientes

Se debe incidir tanto en los derechos de que una persona capaz debe disfrutar como en los deberes que derivan de esa capacidad. El respeto a la dignidad de la persona exige que las decisiones que se tomen sean aceptadas en sus consecuencias. La institución como marco normalizado tiene derecho a exigir una aceptación explícita de las normas o, en caso contrario, excluir a los sujetos capaces que no acepten esas normas mediante el alta. Es responsabilidad de los sanitarios convertir esas normas en adecuadas y no arbitrarias, y también el hacer que se cumplan. Retomaríamos en este punto la importancia de una correcta evaluación clínica en la toma de decisiones que van a afectar de forma decisiva al sujeto.