

P RINCIPIOS
DE ÉTICA, BIOÉTICA
Y CONOCIMIENTO
DEL HOMBRE



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA
ÁREA ACADÉMICA DE FARMACIA

23



P RINCIPIOS DE ÉTICA, BIOÉTICA Y CONOCIMIENTO DEL HOMBRE



José Antonio Morales González
Graciela Nava Chapa
Jaime Esquivel Soto
Luis Enrique Díaz Pérez



ANIVERSARIO
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
1961 - 2011

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

Humberto Veras Godoy

Rector

Adolfo Pontigo Loyola

Secretario General

Jorge Augusto Del Castillo Tovar

Coordinador de la División de Extensión

José María Busto Villareal

Director del Instituto de Ciencias de la Salud

Graciela Nava Chapa

Secretaria Académica

Luis Carlos Romero Quezada

Jefe del Área Académica de Medicina

Ana María Téllez López

Jefa del Área Académica de Farmacia

Alexandro Vizuet Ballesteros

Director de Ediciones y Publicaciones

Responsable de la edición: Doctor José Antonio Morales González

Ilustración de portada: Planeación y Servicio Editorial

Primera edición, 2011

© Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

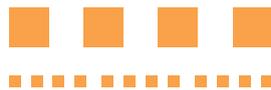
Abasolo 600, Centro, Pachuca, Hidalgo, México, C.P. 42000

Correo electrónico: editor@uaeh.edu.mx

Prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por ninguna forma ni por ningún medio, sin el consentimiento previo y por escrito de los editores. Los comentarios, interpretaciones y conclusiones de este libro son responsabilidad exclusiva de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista de los editores. Obra registrada en la Dirección General del Derecho de Autor de la Secretaría de Educación Pública.

ISBN: 978-607-482-177-2

Índice



Autores.....	9
Prólogo.....	15
MSP GRACIELA NAVA CHAPA	

Sección I Ética

Capítulo 1 Marco histórico de la ética y la bioética	21
LN Nancy VARGAS MENDOZA Dr. Eduardo Osiris MADRIGAL SANTILLÁN M en C César ESQUIVEL CHIRINO MC Jaime ESQUIVEL SOTO Dr. José Antonio MORALES GONZÁLEZ	
Capítulo 2 La ética en el área de la salud	35
Mtra. Irene DURANTE MONTIEL Mtra. Graciela SÁNCHEZ RIVERA	
Capítulo 3 Ética para el cambio en el equipo de salud	55
Dra. María Elena ESPINO VILLAFUERTE Dra. Ma. Laura RUÍZ PALOALTO	
Capítulo 4 Enseñanza y práctica de la ética en el área de la salud	63
MC Alberto JONGUITUD FALCÓN	

Capítulo 5	Ética en la investigación en ciencias sociales y de la conducta: lineamientos en torno a la conformación de un comité ético	67
	Dra. Melissa GARCÍA MERAZ Mtro. Arturo DEL CASTILLO ARREOLA	

Sección II

Bioética

Capítulo 6	Relaciones entre la bioética y el derecho	93
	Lic. Alejandro PACHECO GÓMEZ	
Capítulo 7	Los derechos humanos ante las perspectivas de la bioética. Puntos de encuentro	101
	Dr. Luis GONZÁLEZ PLACENCIA Mtra. Mariana LOJO SOLÓRZANO	
Capítulo 8	La enseñanza de la bioética en escuelas de educación superior	107
	M en C Ana María TÉLLEZ LÓPEZ	
Capítulo 9	Bioética de la atención nutricional	111
	LN Luis Alfredo TRUJANO RAMOS LN Yunuen PRUNEDA PADILLA LN Yeymee Lissbeth RUBIO GONZÁLEZ	
Capítulo 10	La bioética en el tratamiento de la enfermedad psicosomática	125
	LP Julio Israel CARRANZA PLANCARTE	
Capítulo 11	La enfermedad de Alzheimer desde la perspectiva bioética.	131
	LP Julieta AGUILAR PALAFOX LP Marcela HERNÁNDEZ REYES	
Capítulo 1	La bioética en el manejo de animales de laboratorio.	153
	Dr. Tomas FREGOSO AGUILAR	

Sección III

Dilemas éticos

Capítulo 13	Dilemas éticos en la odontología	165
	CD Arturo ASCENCIO VILLAGRÁN	

Capítulo 14	Dilemas éticos en la actividad pericial	167
	M en C Ana María TÉLLEZ LÓPEZ	
Capítulo 15	Dilemas éticos en la enfermería	171
	MCE Cecilia SÁNCHEZ MORENO	
Capítulo 16	Dilemas éticos del nutriólogo(a) en la consulta privada	179
	M en NH Amanda PEÑA IRECTA	
	M en NH Zuli CALDERÓN RAMOS	
Capítulo 17	Dilemas éticos en la farmacia	185
	LF Sandra RIVERA ROLDAN	
Capítulo 18	Nutrigenómica: nuevas implicaciones éticas	191
	M en C José Luis GODÍNEZ MARTÍNEZ	
Capítulo 19	Del derecho a la protección de salud y la implicación ética del ejercicio profesional del cirujano dentista	197
	Mtra. María Cristina SIFUENTES VALENZUELA	

Sección IV
Dilemas médicos

Capítulo 20	Muerte digna	211
	MSP Graciela NAVA CHAPA	
Capítulo 21	Dilemas éticos en la salud pública	217
	MSP Graciela NAVA CHAPA	
Capítulo 22	Cuando el dolor duele	221
	Mtra. Luz Beatriz LÓPEZ CADENA	
Capítulo 23	Bioética y trasplantes	225
	MC Juan Carlos MONTOYA ZAVALA	
Capítulo 24	Factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares: una perspectiva desde la bioética . . .	229
	LP María Isabel MORALES MARTÍNEZ	
	LP Virginia María SIERRA MORA	
	LP Ileri Yunuen VÁZQUEZ GARCÍA	
	LP Iván Misaél VEGA CARDOSO	
Capítulo 25	Ética y las urgencias médicas	239
	MC Elí ESPINOZA ACOSTA	

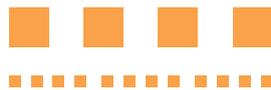
Capítulo 26	¿Dilemas de la ética psiquiátrica moderna?: relación médico paciente, internamiento, implicaciones éticas de la elección de la terapéutica y sujeción	245
	Dr. Carlos J. CASTAÑEDA GONZÁLEZ Dra. Juana FREYRE GALICIA	

Sección V
Conocimiento del hombre

Capítulo 27	Entre la consciencia, la libertad y la voluntad	261
	MSP Luis Enrique DÍAZ PÉREZ MCC Rosario BARRERA GÁLVEZ	
Capítulo 28	Ser humano . . . ser persona	269
	MSP Luis Enrique DÍAZ PÉREZ	
Capítulo 29	El enfermo “terminal mental” y bioética	275
	Dr. Pedro E. TOLENTINO BARAJAS	
Capítulo 30	La verdad desde el desarrollo moral	287
	Dra. María Cruz CHONG BARREIRO	



Autores



Doctor José Antonio Morales González

Médico Cirujano (UNAM). Doctor en Ciencias Biológicas (UNAM). Profesor Investigador Titular “B” Tiempo Completo (UAEH). Investigador Nacional nivel 1. Perfil deseable del PROMEP-SEP. Medalla *Alfonso Caso* al mérito académico (UNAM). Medalla *Gustavo Baz Prada* (UNAM). Tutor de maestría y doctorado. Integrante del Cuerpo Académico de Farmacia Clínica (Consolidado).

Maestra en Salud Pública Graciela Nava Chapa

Médica Cirujana (UNAM). Maestra en Salud Pública por la Escuela de Salud Pública de México. Médica del año (1994) por la Sociedad Mexicana de Médicas A.C. Miembro de la Sociedad Mexicana de Salud Pública desde 1985, ex-presidenta (1978) y socio activo de la Sociedad Hidalguense de Salud Pública. Secretaria Académica, ICSa, UAEH.

Médico Cirujano Jaime Esquivel Soto

Médico Cirujano por la Facultad de Medicina (UNAM). Medalla al Merito Universitario por 25 años como académico (UNAM). Consejero técnico titular (2000-2006), Facultad de Odontología (UNAM). Académico asesor del proyecto México de la Universidad de Carolina del Norte. Profesor titular de bioquímica de la Universidad Intercontinental. Profesor de asignatura “B” definitivo adscrito a los Departamentos de Bioquímica, Fisiología y Farmacología de la Facultad de Odontología (UNAM).

Maestro en Salud Pública Luis Enrique Díaz Pérez

Médico Cirujano (UAEH). Maestro en Salud Pública por la Escuela de Salud Pública de México de la Secretaría de Salubridad y Asistencia; recertificado como Especialista en Salud Pública por el Consejo Nacional de Salud Pública. Maestro en Gestión Administrativa (UAEH). Director de Planea-

ción de los Servicios de Salud de Hidalgo (1999-2008). Ha impartido asignaturas en las Áreas Académicas de Enfermería y Medicina, así como en el programa de Maestría en Ciencias de la Salud (UAEH). Profesor de tiempo completo (UAEH).

Maestra en Ciencias de la Administración Irene Durante Montiel

Médica Cirujana por la Facultad de Medicina (UNAM). Maestra en Ciencias de la Administración por la Facultad de Contaduría y Administración (UNAM). Profesor asociado “C” de tiempo completo de la División de Posgrado de la Facultad de Medicina, UNAM.

Doctora María Elena Espino Villafuerte

Doctora en Ciencias de la Enfermería. Premio Nacional por el desempeño académico y contribución a la investigación en enfermería *María Guadalupe Cerisola Salcido 2010*. Medalla *María Josefa Marmolejo de Aldama 2010*, como mujer investigadora del estado de Guanajuato. Hija distinguida de Salvatierra, Guanajuato. Profesor Emérito *Marcelino Mangas*, Universidad de Guanajuato. Coordinadora del Programa Interinstitucional de Doctorado en Enfermería, División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Campus Celaya-Salvatierra, Universidad de Guanajuato.

Doctor Carlos J. Castañeda González

Médico Cirujano, especialidad Psiquiatría. Director del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, Secretaría de Salud.

Doctora Ma. Laura Ruíz Paloalto

Doctora en Ciencias de la Enfermería. Responsable del Cuerpo Académico: estilo de vida saludable y cronicidad. Tutor de maestría y doctorado. Directora de División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Campus Celaya-Salvatierra, Universidad de Guanajuato.

Maestra en Ciencias Ana María Téllez López

Química Farmacéutica Industrial por la Escuela Nacional de Ciencias Biológicas (IPN). Maestra en Ciencias Farmacéuticas por la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. Jefa del Área Académica de Farmacia, ICSa, UAEH.

Maestra en Nutrición Humana Zuli Calderón Ramos

Licenciada en Nutrición por la UAM-X. Maestra en Nutrición Humana por la Universidad Iberoamericana. Profesora investigadora de tiempo completo (UAEH). Consejero Universitario Titular (UAEH). Premio en el Congreso AMMFEN al mejor trabajo libre (2005). Reconocimiento PROMEP. Jefa del Área Académica de Nutrición, ICSa, UAEH.

Doctor Luis González Placencia

Doctor en Ciencias Penales. Investigador Nacional nivel 2. Presidente de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.

Médico Cirujano Alberto Jonguitud Falcón

Médico Cirujano por la Facultad de Medicina (UNAM). Posgraduado en Medicina Interna del Centro Hospitalario “20 de Noviembre” (ISSSTE). Secretario de Salud del Estado de Hidalgo (1999-2007), período en el cual impulsó un nuevo modelo de atención de la diabetes con base en el primer nivel de servicios de salud; actualmente es Delegado Estatal del ISSSTE en Hidalgo. También se desempeña como docente del Área Académica de Medicina, ICSa, UAEH.

Maestra María Cristina Sifuentes Valenzuela

Secretaria Académica, Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Doctor Eduardo Osiris Madrigal Santillán

Doctor en Ciencias Químico Biológicas, especialidad en genética toxicológica, por la Escuela Nacional de Ciencias Biológicas (IPN). Investigador Nacional nivel I. Profesor investigador de tiempo completo adscrito al Área Académica de Medicina, ICSa, UAEH.

Doctor Tomás Alejandro Fregoso Aguilar

Doctor en Fisiología por la Escuela Nacional de Ciencias Biológicas (IPN). Profesor titular nivel “C” del Departamento de Fisiología de la Escuela Nacional de Ciencias Biológicas (IPN).

Licenciada en Nutrición Nancy Vargas Mendoza

Licenciada en Nutrición por la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Licenciado en Derecho Alejandro Pacheco Gómez

Licenciado en Derecho por la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Ha sido Subdirector de Asuntos Jurídicos de los Servicios de Salud de Hidalgo y Subdirector de Seguimiento de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Actualmente es profesor por asignatura en el Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades (UAEH). Subdirector de Apoyo Normativo de los Servicios de Salud de Hidalgo. Vocal de la Comisión de Ética de la Coordinación de Investigación de los Servicios de Salud de Hidalgo. Vocal de la Comisión de Ética en Investigación de la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Maestra en Ciencias de Enfermería Cecilia Sánchez Moreno

Licenciada en Enfermería por la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (UNAM). Maestra en Ciencias de Enferme-

ría por la Facultad de Enfermería de Celaya, Universidad de Guanajuato. Subjefe de enfermería en el turno especial diurno del Hospital General de Pachuca de los Servicios de Salud en Hidalgo. Profesora investigadora asociado de tiempo completo categoría “C” del Área Académica de Enfermería, ICSa, UAEH.

Maestra Luz Beatriz López Cadena

Médica Cirujana por la UAEH. Cuenta con la especialidad en Docencia y la Maestría en Educación. Profesora de tiempo completo adscrita al Área Académica de Medicina, ICSa, UAEH.

Maestra Graciela Sánchez Rivera

Médica Cirujana por la Facultad de Medicina (UNAM). Maestra en Educación Médica por la Facultad de Medicina (UNAM). Maestra en Ciencias Penales con especialidad en criminología por el INACIPE. Profesor asociado de la Carrera de Médico Cirujano FES-Iztacala (UNAM).

Maestro en Ciencias César Esquivel Chirino

Cirujano Dentista por la Facultad de Odontología (UNAM). Maestro en Ciencias por la Facultad de Medicina (UNAM). Profesor de asignatura “A” adscrito al Departamento de Medicina Bucal, Facultad de Odontología (UNAM).

Maestra Juana Freyre Galicia

Maestra en Sociología. Investigadora adscrita al Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, Secretaría de Salud.

Maestro en Ciencias José Luis Godínez Martínez

Subdirector de la Escuela de Nutrición, Universidad de Morelia. Coordinador de la Maestría en Nutrición Clínica, UNIVA, Zamora, Michoacán.

Doctor Pedro E. Tolentino Barajas

Licenciado en Filosofía (UNAM). Licenciado en Psicología (UNIVA). Maestro en Lógica Matemática (UNAM). Maestro en Filosofía del Lenguaje (UNIVA). Doctor en Ciencias del Desarrollo Humano: área de educación (UNIVA). Docente en Colegio de Bachilleres, Plantel Jacona. Docente en la Universidad del Valle de Atemajac, Plantel Zamora. Docente en la Universidad de Zamora, Zamora, Michoacán. Docente en la Universidad 1º de Mayo, Zamora, Michoacán. Corrector de estilo y traductor para El Colegio de Michoacán, A. C. Zamora, Michoacán.

Doctora Melissa García Meraz

Licenciada en Psicología por la Facultad de Psicología (UNAM). Licenciada en Antropología Social por la Escuela Nacional de Antropología e Historia. Maestra en Humanidades y Filosofía en el área de concentración de Historia y Filosofía de la Ciencia (UAM-I). Doctora en Psicología Social y Ambiental por la Facultad de Psicología (UNAM). Investigadora Nacional nivel candidato. Profesora investigadora tiempo completo adscrita al Área Académica de Psicología, ICSa, UAEH.

Doctora María Cruz Chong Barreiro

Licenciada en Farmacia Sandra Rivera Roldán

Licenciada en Farmacia, (UAEH). Obtención del título con Mención Honorífica. Profesor por Asignatura del Área Académica de Farmacia, ICSa, UAEH.

Licenciada en Nutrición Yeymee Lissbeth Rubio González

Licenciada en Nutrición Yunuen Pruneda Padilla

Licenciado en Nutrición Luis Alfredo Trujano Ramos

Licenciado en Nutrición por la Universidad Autónoma de Querétaro. Jefe del Servicio de Nutrición Crítica Hospital de la Mujer Secretaria de Salud de Michoacán. Jefe del Servicio de Nutrición y Metabolismo Deportivo Club Monarcas Morelia. Catedrático de las Materia de Nutrición y Dietoterapia, Licenciatura en Enfermería UMSNH. Catedrático de las Materias de Nutrición Deportiva y Cálculo Dietético, Universidad de Morelia. Catedrático de la Materia de Bases del Soporte Nutricional, UNIVA Zamora.

Maestra en Ciencias

Computacionales Rosario Barrera Gálvez

Licenciada en Computación (UAEH), Maestra en Ciencias Computacionales (UAEH). Subdirectora de Organización y Métodos en la Secretaría de Salud de Hidalgo (2005-2008). Docente en el Instituto de Ciencias Básicas e Ingeniería y en el Instituto de Ciencias de la Salud. Profesora de tiempo completo (UAEH).

Maestra en Nutrición Humana

Amanda Peña Irecta

Licenciada en Nutrición (UAM-X). Maestra en Nutrición Humana por la Universidad Iberoamericana. Profesora investigadora de tiempo completo del Área Académica de Nutrición, ICSa, UAEH. Perfil deseable PROMEP. Consultora independiente.

Maestro Arturo Ascencio Villagran

Cirujano Dentista (UAEH). Especialista en Prótesis Bucal Removible (UNAM). Certificado por el Consejo Mexicano de Rehabilitación Oral y Maxilifacial Profesor-investigador del Área Académica de Odontología, ICSa, UAEH.

Maestro Arturo Del Castillo Arreola

Licenciado en Psicología por la Facultad de Psicología (UNAM). Maestro en Psicología con especialidad en Medicina Conductual por la Facultad de Psicología (UNAM). Educador en diabetes. Profesor investigador tiempo completo adscrito al Área Académica de Psicología, ICSa, UAEH

Médico Cirujano Eli Espinoza Acosta

Médico Cirujano por la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Postulante al grado de Maestría en Nutrición Clínica (UNIVA). Miembro de la Sociedad Mexicana de Medicina de Emergencia. Médico de urgencias en el Sanatorio de la Luz de Morelia. Catedrático de la Escuela de Nutrición de la Universidad de Morelia. Médico de la Universidad de Morelia.

Médico Cirujano Juan Carlos Montoya Zavala

Médico Cirujano por la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Procurador Estatal de Tejido Corneal del Hospital General Dr. Miguel Silva. Catedrático de la Escuela de Nutrición de la Universidad de Morelia. Director Médico de Keratos Banco de Ojos.

Psicóloga Ireri Yunuen Vázquez García

Licenciada en Psicología por la Universidad de Morelia. Postulante al grado de Maestría en Psicología Clínica en la Universidad de Morelia. Docente de la Licenciatura de Psicología (UMSNH).

Psicóloga Julieta Aguilar Palafox

Licenciada en Psicología por la Universidad Vasco de Quiroga. Postulante al grado de Maestría en Psicología Clínica en la Universidad de Morelia. Técnico en Urgencias Médicas por la Escuela del H. Cuerpo de Rescate de Michoacán. Catedrática de la

Escuela de Periodismo y Psicología de la Universidad de Morelia. Docente voluntario en la escuela del H. Cuerpo de Rescate de Michoacán.

Psicóloga Marcela Hernández Reyes

Licenciada en Psicología por la Universidad de Morelia. Postulante al grado de Maestría en Psicología Clínica en la Universidad de Morelia.

Maestra Mariana Lojo Solórzano

Maestra en Políticas Públicas. Asesora de la Presidencia de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.

Psicóloga María Isabel Morales Martínez

Licenciado en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México. Postulante al grado de Maestría en Psicología Clínica en la Universidad de Morelia. Practicante en programación neurolingüística. Terapeuta psico-corporal por la Universidad Intercontinental. Analista transaccional por la Asociación de Psicología Clínica y Educativa. Docente de la Licenciatura de Psicología de la Universidad de Morelia. Subdirectora de la Escuela de Psicología de la Universidad de Morelia.

Psicóloga Virginia María Sierra Mora

Licenciada en Psicología por la Universidad de Morelia. Postulante al grado de Maestría en Psicología Clínica en la Universidad de Morelia. Catedrática de la Escuela de Nutrición y Psicología de la Universidad de Morelia. Subdirectora del Instituto de Rehabilitación y Reconstrucción Oclusiva AC.

Psicólogo Julio Israel Carranza Plancarte

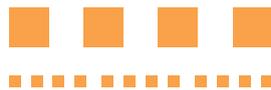
Licenciado en Psicología por la Universidad de Morelia. Postulante al grado de Maestría en Psicoterapia Psicoanalítica de la Infancia

y la Adolescencia por la Universidad Vasco de Quiroga. Diplomado en Aportes del Psicoanálisis a la Comprensión de las Enfermedades Psicosomáticas de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. Catedrático

en la Universidad de Morelia, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Instituto Michoacano de Ciencias de la Educación y Colegio Novel. Director Administrativo de la Universidad de Morelia.



Prólogo



MSP Graciela NAVA CHAPA

EL LIBRO *Principios de ética, bioética y conocimiento del hombre* es un esfuerzo que conjunta trabajos seleccionados de los fascículos publicados con el mismo título, el propósito es entregar al lector un documento más amplio, no pretende ser un tratado pues el estudio de cualquiera de los tres temas que componen el título es muy amplio, sin embargo este es un esfuerzo que logra amalgamar en la interdisciplina temas que son fundamentales para los profesionales de las ciencias de la salud.

La sección uno se refiere a la ética, reconocida como la disciplina filosófica, que analiza el comportamiento humano y le permite a las personas lograr la felicidad, entendida como el máximo grado de bienestar que el ser humano puede alcanzar cuando logra sus metas mediante la aplicación de valores, el respeto por el ser humano y la solidaridad para el desarrollo de su comunidad.

En esta sección el capítulo uno describe el marco histórico de la ética y la bioética, necesario para ubicar el lector en los antecedentes de la temática que abordará este libro. El capítulo dos hace referencia a la ética en las ciencias de la salud. El capítulo cuatro se refiere a la enseñanza y práctica de la ética temas fundamentales en la formación de los profesionales de la salud. El capítulo cinco aborda un tema relevante relacionado con la ética en la investigación de las ciencias de la salud y en particular las ciencias de la conducta, así como la integración y funcionamiento de los comités de ética.

La sección dos analiza el tema de la bioética reconocida como la ciencia de la supervivencia por Potter ya que confronta la acción humana, con el medio ambiente y la sobrevivencia de todos los seres vivos del planeta. Esta disciplina analiza en lo particular las acciones de los profesionales de

las ciencias de la vida y de la salud ante los valores imperantes y aunque es de reciente creación, cada vez alcanza mayor interés en el mundo, por los avances científicos y tecnológicos en las ciencias de la salud, así como los cambios sociales vertiginosos.

En el capítulo seis se aborda el tema de bioética y derecho, ya que la bioética se apoya en el derecho para salvaguardar la integridad y la dignidad de las personas ante las intervenciones en salud. El capítulo ocho aborda desde la perspectiva de la farmacia la enseñanza de la bioética en las ciencias de la salud. El capítulo nueve aborda la bioética en la atención nutricional, importante en esta época que vivimos donde las alteraciones nutricionales como la obesidad, requiere de principios éticos para llevar al paciente por el mejor camino para lograr el control. Los capítulos diez y once, se refieren a la bioética en el tratamiento psicosomático y la enfermedad de Alzheimer desde la perspectiva de la ética, indispensables para los profesionales de la medicina y psicología ya que las enfermedades mentales están incrementándose en nuestro país. El capítulo doce se refiere a la bioética en el manejo de los animales de laboratorio indispensable en

la docencia y la investigación que se apoya en seres vivos.

La sección tres se integra con dilemas éticos en las ciencias de la salud, los capítulos 13 al 19, contienen dilemas en la odontología, la actividad pericial, la enfermería, nutriología, psicología, farmacia y nutrigenómica.

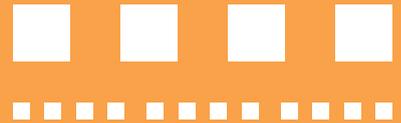
La sección cuatro está dedicada a los dilemas médicos: los capítulos 20 al 26 se relacionan con la muerte digna, salud pública, el dolor, los trasplantes, la enfermedad cardiovascular, las urgencias médicas y en la psiquiatría.

La sección cinco, se refiere al conocimiento del hombre; los temas son por demás interesantes, el capítulo 27 denominado: *Entre la conciencia, la libertad y la voluntad* y el 28 que se titula: *Ser humano... ser persona*, analiza aspectos de la conducta humana que le permiten vivir en sociedad y al mismo tiempo construyen la dignidad del ser humano. El capítulo 29 analiza la enfermedad mental y la bioética, y el capítulo 30 aborda un tema por demás conflictivo, la verdad desde el desarrollo moral.

En la construcción de este libro participaron 46 autores y 10 instituciones educativas y de servicios de salud

Sección I

Ética





Introducción Sección I



*Después de tantos años estudiando la ética,
he llegado a la conclusión de que
toda ella se resume en tres virtudes:
coraje para vivir, generosidad para convivir,
y prudencia para sobrevivir.*

Fernando Savater

MSP Luis Enrique DÍAZ PÉREZ

ES UN HECHO que el universo ha crecido, gracias al conocimiento que cada día en su expansión, nos hace advertir esas magnitudes inmensurables. Pero también han aumentado hasta parecer infinitas, las minúsculas partículas de lo que hay en torno nuestro. Así, estamos rodeados de lo infinitamente pequeño, lo mismo que de lo infinitamente grande, la ciencia profundiza cada vez más en ello. Y en el devenir histórico del hombre, en este *estar siendo* que es transcurso, somos los mismos seres que se preguntan por el sentido de su ser.

En la introducción a su sexto libro de *Ética a Nicómaco*, Aristóteles precisa que los

hábitos del entendimiento son la ciencia, el arte, la prudencia, el entendimiento y la sabiduría. Trata también de las partes de la prudencia, del buen consejo, del buen juicio, del buen parecer y de la utilidad de la sabiduría y la prudencia y enfatiza *la hermandad que tienen entre sí todas las virtudes*.

El sentido del ser que compartimos, es el que está orientado a reconocer igualdad en todos los humanos y que el conocimiento que se divulga y se genera en la universidad, necesariamente tiene que cumplir con el servicio de las ciencias para el bienestar de las personas, no de unas

cuantas, sino de todas. Y en este universo que se expande, como también se expande el conocimiento del mismo, hoy más que nunca es necesario mantener vigente esa hermandad de las virtudes a la que alude Aristóteles, la hermandad entre el saber y el deber ser, la totalidad en la que ciencia y moral se funden.

La ética, el campo en el que se abordan los temas que integran esta primera sección del libro *Principios de ética, bioética y conocimiento del hombre* tiene su mayor contribución en la educación superior, al conjuntarse con el conocimiento disciplinar y matizar con su virtud el comportamiento de los universitarios de siempre.

Capítulo

1

Marco histórico de la ética y la bioética



LN Nancy VARGAS MENDOZA
Dr. Eduardo Osiris MADRIGAL SANTILLÁN
M en C César ESQUIVEL CHIRINO
MC Jaime ESQUIVEL SOTO
MC José Antonio MORALES GONZÁLEZ

PARA DEFINIR el término de bioética se debe mencionar de las bases etimológicas de la palabra. Ética proviene del griego *ethos* que significa estancia o lugar donde se habita. Aristóteles lo definió como manera de ser o carácter y *bios* de vida. Por tal efecto la palabra bioética puede definirse como ética de la vida. Pero no basta solo con definir el término para comprender completamente los sucesos bioéticos, es necesario ahondar sutilmente en las bases de la ética.

De acuerdo con la significancia que dio Aristóteles a la definición, el hombre construye su *ethos* o forma de ser a partir de la repetición progresiva de actos los cuales dan lugar a la formación de hábitos; y son precisamente éstos los que permiten la con-

ducta humana. Por otra parte, la moral es un término que se asemeja porque implica un conjunto de juicios establecidos como normas de comportamiento que rigen la práctica diaria de cada individuo. Ambos términos están destinados a distinguir a las buenas y malas conductas. Se dice que la ética se vuelve más reflexiva al cuestionarse el por qué se consideran válidas algunas conductas y otras no, es decir, busca y analiza el fundamento de cada comportamiento; y la moral se ocupa de brindar las pautas morales que tienen las personas o sociedades para dirigir la vida cotidiana. Para muchos filósofos la ética es una reflexión de la moral porque investiga lo que es específico del comportamiento moral y crea un

estudio logístico sobre las teorías que establezcan y justifiquen las pautas que dirigen dicho comportamiento. Por tal motivo, la moral se aplica a las acciones que afectan los intereses tanto individuales como colectivos además de ser una de las formas de entender la condición de la racionalidad humana.

La bioética considerada como ciencia tiene poco tiempo de ser concebida como tal; uno de sus precursores es el oncólogo holandés Rensselaer Van Potter a quien se le atribuye el primer uso de la palabra bioética. En su trabajo *Bioethics: Bridge to the future* publicado en 1971 visualizaba una estrecha relación entre el mundo de la ciencias de la vida y sus hechos y los valores éticos. Comprendía como ciencias de la vida no solamente a las ciencias que tienen que ver con la vida humana, sino también a todas aquellas que engloban su entorno ecológico y ambiental (mundo animal y vegetal). Potter concebía este precepto como “Bioética Global”. Posteriormente la bioética se relacionó especialmente con la ética médica tomando un enfoque direccionado a la investigación médica en humanos. Recientemente se ha retomado el término de Potter de “Bioética Global” para encausar los problemas actuales tanto de las ciencias de la vida humana como de las ambientales.

En la primera enciclopedia de bioética publicada en 1978, dado concepto fue definido como el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, analizada a la luz de los valores y principios morales. Sin embargo, esta definición no logró ser aceptada por algunos científicos de aquella época porque se cuestionaba qué tipo de principios y valores morales tomaba en cuenta. Una definición más reciente y acertada de bioética incluye fundamentalmente los conceptos anteriores agregando que es una disciplina que intenta relacionar la naturaleza biológica humana y el mundo biológico con la formulación de políticas encaminadas a

producir el bien social en el presente y futuras generaciones. Por eso se dice que la bioética consiste en un diálogo interdisciplinario entre ética y vida.

El carácter interdisciplinario se da por el hecho de que la bioética se apoya en varias disciplinas desde las médicas hasta las humanistas, económicas, filosóficas, políticas y desde luego el derecho. Adicionalmente, estas disciplinas han influenciado en las distintas corrientes bioéticas. El resultado de este ensamblaje disciplinario es una visión más amplia y complementaria de los objetos de estudio de esta ciencia.

Código de Núremberg

Se considera el documento más importante en el cual se han formulado los principios básicos para la investigación médica en humanos; de éste han derivado los demás códigos y declaraciones emitidos por importantes organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU), así como diversas instituciones médicas internacionales.

El código tuvo origen durante el juicio llevado a cabo en la ciudad de Núremberg, Alemania (1946) a médicos nazis acusados de realizar terribles experimentos en humanos con supuestos fines científicos para el desarrollo de nuevas tecnologías militares. Éstas experiencias médicas nazis muestran un puro sadismo al haber utilizado como cobayas a prisioneros de guerra ya que más que aportar nuevo conocimientos científicos solo dejaron la huella de un holocausto que ha quedado escrito en el libro de historia de la humanidad. Se cree que en estas experiencias médicas los judíos no fueron las únicas víctimas, también prisioneros de guerra rusos, deportados polacos, mujeres, niños, ancianos y hasta algunos alemanes que por ciertas razones desafiaban el régimen nazi.

Los supuestos ensayos incluían una serie de barbaries como el someter a los prisioneros a cámaras de alta presión cuyo objetivo era comprobar la capacidad respiratoria del cuerpo humano, así que ante tales condiciones los individuos caían desvanecidos muertos; otros eran asesinados en cámaras de gas y sus cuerpos eran trasladados al Instituto Anatómico de Estrasburgo para obtener sus esqueletos y realizar mediciones antropológicas; de algunos de estos era obtenida la piel solo con fines decorativos; incluso se dice que las pieles de los prisioneros tatuados eran más valiosas por lo que eran cuidadosamente seleccionadas, a los que tuvieran tatuajes más elaborados y artísticos se les daba una inyección letal para no dañar su piel. Se hacían pruebas de enfriamiento extremo al introducirlos en piletas de agua helada durante toda la noche o bien se les exponía desnudos bajo la nieve en pleno invierno y se tomaba su temperatura corporal a diferentes tiempos para verificar los grados de hipotermia que soportaban y gradualmente su deceso. Se probaba en ellos proyectiles envenenados y gases. Eran inoculados con el tífus y la ictericia de Weil. Algunas mujeres fueron utilizadas para estudios sobre gangrena gaseosa y a otras se les daba solo agua con sal como alimento para verificar cuanto tiempo resistían estas condiciones. Estos son solo algunos de los experimentos realizados por médicos nazis. Únicamente algo estaba bien claro durante el régimen del tercer Reich: no era suficiente vencer al enemigo, sino también exterminarlo.

Gracias a los reportes elaborados por los médicos durante cada ensayo encontrados al finalizar la guerra, se pudo hacer las investigaciones pertinentes para llevar a cabo los juicios en Núremberg a estos asesinos. De esta manera en 1947 se emite el código de Núremberg que consta de diez preceptos para realizar investigaciones médicas en humanos, de los cuales se destaca primordialmente el consentimiento voluntario del pa-

ciente que es esencial para ejecutar cualquier tipo de investigación, la persona involucrada debe estar plenamente consciente de su libertad de decidir si toma participación o no en el experimento, y el investigador tiene la responsabilidad de proporcionar toda la información acerca de la clase, duración y propósito de las pruebas, así como ventajas y desventajas y los posibles beneficios para la salud o consecuencias que puedan surgir durante o después de su ejecución.

El consentimiento informado o voluntario se convirtió en el eje primordial en el desarrollo de la bioética moderna al implementar la necesidad de respetar la libertad de las personas y la autonomía en la toma de decisiones con respecto a su participación en ensayos o experimentos médicos científicos.

Así mismo, el investigador no puede ejercer ningún tipo de presión, física o mental, amenaza, promesa o engaño para que el individuo ingrese a la investigación. Si hay aceptación por parte del sujeto, durante la experiencia se debe evitar cualquier tipo de daño psíquico o mental. Jamás se debe infravalorar el aspecto humanitario sin importar los objetivos o qué tan avanzada se encuentre la experimentación.

Otro apartado destacable de este documento indica que el humano es libre de interrumpir la experiencia en caso de que considere que pueda traerle algún perjuicio o daño a su integridad y el investigador debe respetar la decisión del sujeto a no continuar con la experimentación, al igual que debe ordenar su interrupción al momento de identificar alguna razón para creer que ésta puede traer alguna herida o consecuencia fatal, incluyendo la muerte.

El código de Núremberg ha sido considerado como el primer documento que ha contribuido a sentar las bases de la bioética y al desarrollo de la responsabilidad en la praxis de la ética médica; a partir de éste se han elaborado otros documentos importantes.

Declaración de Helsinki

En 1948 se creó la World Medical Association (WMA) y se emite la declaración de Ginebra en ese mismo año. En 1949 se crea el código Internacional de Ética Médica en el que se destaca la importancia del paciente sobre cualquier otra cosa para el médico.

En 1968 la WMA en su 18ª asamblea médica mundial llevada a cabo en Helsinki se publicó una declaración en la que se establecen los principales problemas de la investigación médica. Este documento ha sufrido modificaciones como resultado de las reuniones subsecuentes (1975, 1983, 1989, 1996, 2000 y 2002), con el fin de analizar y buscar soluciones para los actuales problemas que han surgido con el progreso en la investigación.

En este documento se resalta el propósito de la investigación médica el cual debe enfocarse a mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos, la comprensión de la etiología y patogénesis de la enfermedad. Ya que el avance en las ciencias médicas se logra a partir de la investigación y por ende la experimentación en seres humanos, es necesario que los médicos de todo el mundo cuenten con una guía normativa para llevar a cabo dichas investigaciones.

En la introducción se enfatiza que la investigación médica debe priorizar los intereses y el bienestar de los seres humanos por encima de los intereses de la ciencia y de la sociedad. También que los científicos exploren las implicaciones éticas y legales en investigaciones así como el impacto que tienen en la sociedad. Deben conocer los requisitos legales y jurídicos necesarios para realizar investigación en sus países y en el mundo.

Se deben tomar en cuenta los factores que puedan afectar al medio ambiente durante la investigación y además, tener especial consideración con la experimentación en animales dado que también existe reglamentación para la buena práctica en su manipulación.

Es necesario estructurar un protocolo que sea sometido a revisión por un comité ético especializado que sea analizado y aprobado por el mismo. El comité debe ajustarse a las leyes propias de cada país donde se realice la investigación.

Al igual que el código de Núremberg, el consentimiento informado del paciente es de suma importancia para efectuar la investigación. El investigador debe informar de la naturaleza, propósitos y objetivos del estudio, así como de las posibles complicaciones, efectos ventajas y desventajas que traigan a su salud. El consentimiento informado debe obtenerse de la persona consciente y en pleno uso de sus facultades mentales, de no ser así, debe obtenerse el permiso de un representante legal que por lo general es un familiar o una persona cercana responsable del bienestar del individuo. En el protocolo se debe informar acerca de las razones por las cuales se incluirán personas incapacitadas física o mentalmente que no pueden otorgar su consentimiento informado y está en consideración del comité si se aprueba o no la ejecución de la investigación. Si ha de realizarse, deben publicarse los resultados tanto positivos como negativos de forma veraz y completa, al igual que darse a conocer el financiamiento y apoyos institucionales o gubernamentales. Los resultados de la investigación deben estar disponibles para el público.

El último apartado de esta declaración se enfoca al tratamiento de los pacientes, e indica que la negativa por parte del sujeto no debe intervenir en la relación médico paciente. Las personas participantes en el estudio tienen derecho a tomar parte en los resultados de la experimentación

Informe Belmont

Este informe surgió cuando en la década de 1970, se dio a conocer el caso de Tuske-

gee en Alabama; en donde se había negado el tratamiento con antibióticos a personas afroamericanas infectadas con sífilis, con el supuesto propósito de conocer la historia natural de la enfermedad. Estas declaraciones dieron paso a la formación de la Comisión Nacional para la Protección de Investigación Biomédica y Comportamiento el día 12 de julio de 1974, cuya finalidad era crear una serie de principios éticos que regularan las prácticas de investigación en seres humanos, y desarrollar las directrices para asegurar que estas investigaciones se realicen de acuerdo con las normas establecidas. Es así como el 18 de abril de 1979 se da a conocer el informe Belmont Principios Éticos y Directrices para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación.

Fundamentalmente este informe consta de una introducción y dos partes: principios éticos básicos y aplicaciones. En la introducción hace mención a la diferencia entre práctica e investigación; práctica se refiere a intervenciones solamente diseñadas para acentuar el bienestar de un paciente o cliente y con expectativas razonables de éxito. En cambio, la investigación se refiere a una actividad apuntada a probar la hipótesis, lograr conclusiones y en consecuencia desarrollar o complementar el conocimiento general. La investigación se describe por lo regular en un documento formal que establece un objetivo y una serie de procedimientos diseñados para alcanzarlo. La investigación y la práctica se pueden llevar a cabo conjuntamente siempre y cuando la investigación esté diseñada para evaluar la seguridad y eficacia de una terapia. La regla es que si hay un elemento de investigación en una actividad, ese elemento debe someterse a inspección como seguridad para los sujetos humanos.

Los tres principios básicos del informe Belmont se enfocan en el respeto por las personas, beneficencia y justicia; y se han establecido así porque se consideran como

valores morales que rigen a la sociedad y ello tiene que ver con las conductas propias de cada individuo. Es por esto que no se debe olvidar que un investigador antes de ser hombre de ciencia, es una persona que cuenta con una formación ética y moral, la cual ha ido adquiriendo a lo largo de su vida, y diversos factores son los que contribuyen en la misma: la sociedad, su núcleo familiar, medio en el que se desenvuelve, etc., por lo que en su vida profesional es en teoría totalmente capaz de discernir entre que es correcto e incorrecto.

1. Respeto por las personas. Este principio se refiere respetar la autonomía de cada persona y por ende las personas con autonomía disminuida tienen derecho a gozar de protección. Una persona autónoma es capaz de deliberar a cerca de sus metas personales y de actuar en el sentido de tales deliberaciones. Respetar la autonomía significa dar valor a las opiniones y elecciones de las personas, al mismo tiempo que se evita obstruir sus acciones, a menos que estas sean perjudiciales para otros. En algunos casos ciertos individuos pueden perder parcial o totalmente su capacidad de autodeterminación debido a enfermedad, perturbación mental o circunstancias estrictamente restrictivas de la libertad. Por lo que en estas condiciones las personas pueden requerir protección mientras se encuentran incapacitados.

2. Beneficencia. Este principio indica que las personas no solamente deben de tratarse de manera ética respetando sus decisiones y autonomía sino también procurar su máximo bienestar. Frecuentemente dicho término se entiende como bondad o caridad pero para efectos de este documento se comprende más en el sentido de obligación. Por lo que se han formulado dos reglas

para este principio, 1) no hacer daño y 2) procurar el máximo de beneficios y lograr el mínimo de posibles daños (reglas que se fundamentan en el código de Núremberg).

3. Justicia. Para efectos de la bioética, este principio exige que haya equidad en la distribución de los beneficios y los esfuerzos de la investigación. Para comprender mejor su significado establece lo siguiente:

1. Se debe dar a cada persona una participación igual.
2. Se debe dar a cada persona de acuerdo con su necesidad individual.
3. Se debe dar a cada persona de acuerdo con su esfuerzo individual.
4. Se debe dar a cada persona una participación de acuerdo con su contribución social.
5. Se debe dar a cada persona una participación de acuerdo con su mérito.

Con frecuencia este principio se relaciona con prácticas sociales como castigo, impuestos, representación política, etc., y no se habían vinculado con la práctica científica, sin embargo, hasta hace poco se consideró como parte importante dentro de la estructura de los principios básicos de la bioética.

Esta serie de principios generales de la conducta de la investigación conduce a los siguientes requisitos:

1. Consentimiento informado. Hace hincapié en la importancia de éste elemento para realizar la investigación; pero existe una serie de circunstancias que tienen que ver con este: a) información, b) comprensión y c) voluntariedad. El primero implica que se debe dar toda la información acerca de la investigación al sujeto en estudio: duración, objetivos, propósitos, implicaciones, etc. El segundo se refiere a que

el investigador tiene que asegurarse que la información sea comprendida completamente por el participante, así que debe presentarla de manera apropiada, completa y veraz, y sobre todo tiene la obligación de asegurarse que sea plenamente entendida al dar información sobre riesgo a sujetos de experimentación; por lo que a mayor riesgo en la investigación mayor es la responsabilidad de asegurar su comprensión. El último aspecto se refiere a que el consentimiento de participar en la investigación es válido solo si es voluntario y no debe existir ningún tipo de coerción para obligar al individuo a participar. La coerción ocurre cuando una persona presenta intencionalmente a otra una amenaza evidente de daño para obtener su consentimiento. La influencia indebida ocurre a través de una oferta de recompensa excesiva, injustificada, inapropiada y deshonesto para obtener el consentimiento. También puede ocurrir en sujetos que se encuentran en un estado de especial vulnerabilidad.

2. Valoración de riesgos y beneficios. Implica una evaluación del proyecto con la mayor información para comparar los riesgos que se refieren a los posibles daños, y los beneficios que son los bienes que se alcanzan. De cualquier manera es importante tomar en cuenta que el trato brutal e inhumano por ningún motivo está justificado; los riesgos deben reducirse al mínimo y considerar si en verdad es necesario utilizar humanos; cuando en la investigación están implícitas personas vulnerables debe indicarse en el protocolo a revisión los motivos de la inclusión de dichos sujetos; por último, los riesgos y beneficios deben ser cabalmente organizados en los documentos y procedimientos que se usan para el consentimiento informado.

3. Selección de sujetos. Tiene que ver con el principio de justicia ya que los investigadores deben mostrar imparcialidad, es decir, no deben ofrecer investigación potencialmente beneficiosa para algunos pacientes que estén a su favor o bien seleccionar solo personas para investigaciones que implican riesgos elevados. La justicia social indica que se marque una distinción entre clases de sujetos que deban o no participar en una investigación, por lo que es necesario establecer un orden en la selección de clases de sujetos. En algunos casos la injusticia surge de prejuicios sociales, raciales, sexuales y culturales establecidos por la sociedad. Casos especiales de sujetos vulnerables, los económicamente más necesitados, gravemente enfermos, institucionalizados o ciertos grupos raciales son frecuentemente utilizados como sujetos de estudio para investigaciones riesgosas por su susceptibilidad pueden verse envueltos y comprometidos en este tipo de situaciones por tanto deben ser protegidos para procurar su integridad y seguridad.

Otros manuscritos relevantes que han trascendido en la historia de la bioética se pueden observar en la **Tabla 1-1** dentro de los que destaca la Declaración Universal sobre el Genoma y Derechos Humanos; la cual inició en 1993 la Conferencia General de la UNESCO crea un documento para la protección del genoma humano y al mismo tiempo se forma la Comisión Bioética de la UNESCO. Por otra parte, en 1996 el Consejo de la Organización del Genoma Humano (HUGO) crea la Declaración sobre los Principios de Actuación Genética y posteriormente el 16 de noviembre del 1999 se crea la Declaración Universal sobre el Genoma y los Derechos Humanos que consta de 7 capítulos en los que se menciona:

1. La importancia del respeto al genoma humano como base de la unidad fundamental de todos los miembros de la familia humana.
2. El genoma humano en sentido simbólico se considera patrimonio de la humanidad por lo que hay que protegerlo.
3. Ninguna persona podrá ser objeto de discriminación por sus características genéticas.
4. Reconoce el principio de confidencialidad de la información genética.
5. Ninguna investigación podrá sobrepasar los derechos humanos y la integridad de las personas.
6. La investigación genética debe limitarse a buscar las soluciones a enfermedades que afectan a la humanidad y no a la clonación humana con fines reproductivos.
7. Es obligatorio comunicar los resultados de las investigaciones realizadas en el campo de la genética de tal manera que no se aumente todavía más la distancia entre los países con capacidad de investigadora y los que carecen de ella.

Otro documento importante es el convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina creado en 1990 por la 17ª conferencia de ministros europeos y tiene como base de su formulación los documentos anteriores.

Declaración de Mónaco. La bioética y los derechos del niño creada en el año 2000 en un simposio en Mónaco por la Asociación Mundial de Amigos de la Infancia y la UNESCO. Puntualiza de manera relevante los derechos del niño a la vida, la libertad y a la salud física y mental.

Finalmente, el Convenio sobre Diversidad Biológica, documento redactado en 1992 en la ciudad de Nairobi para entrar en vigor en diciembre de 1993, es el primer

Tabla 2-1 Hechos históricos y documentos en los que se han establecido las bases de la bioética moderna.

Fecha	Hecho histórico / documento
1946	Juicios en Núremberg a médicos nazis por supuestas investigaciones médicas en humanos durante la segunda guerra mundial
1947	Expedición del código de Núremberg
1945	Experimentos de cobayas humanos con plutonio y uranio en Estados Unidos
1968	Publicación de la declaración de Helsinki por la Asociación Médica Mundial (WMA)
1971	Van Renssenlaer Potter publicó: <i>Boethics: bridge to de future</i>
1972	Se da a conocer el caso Tuskegee
1979	Publicación del informe Belmont
1981	Publicación de la declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial de los Derechos del Paciente
1984	En México publicación del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud
1990	Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina
1993	Convenio sobre diversidad biológica en Nairobi
1999	Declaración Universal sobre el Genoma y los Derechos Humanos
2000	Declaración de Mónaco. La bioética y los derechos del niño

tratado mundial que sienta un marco exhaustivo para abordar todos los aspectos de la diversidad biológica, los ecosistemas, las especies y la diversidad genética.

En resumen, los documentos anteriores han esclarecido más las perspectivas de la bioética sobre el mundo de la investigación siempre tomando en cuenta como propuestas fundamentales el respeto por el ser humano en toda circunstancia, fomentando la solidaridad entre los seres humanos, el respeto hacia la especie humana, a la biósfera y a la biodiversidad.

Fraudes y conductas poco científicas

Hablar de bioética, como se mencionó anteriormente, es incidir en temas de ética y moral. Para un científico, la ciencia es ante

todo una forma de descubrir la verdad sobre los fenómenos del universo y lo hace a través de la investigación científica basándose en el método científico como herramienta primordial para lograr su objetivo; sin embargo, la ciencia puede ser objeto de falseamiento y distorsión por parte del investigador sin ética.

Un investigador sin ética antepone sus intereses personales por encima de los valores éticos intrínsecos que se supone debe tener todo profesionalista. La ciencia por si misma genera enlaces éticos y sociales como la honestidad y la necesidad de cooperación e intercambio social. Para el quehacer científico se debe tener vocación ya que se convierte en una labor verdaderamente gratificante; es por eso que ser investigador no consiste en una elegante investidura para deslumbrar a la sociedad, es por el contrario, una actitud interna de creatividad, honestidad y hu-

mildad, valores que son cimentados desde las etapas más tempranas de la vida; todos ellos son producto de nuestra educación en la casa, la escuela y en general en el medio social en donde nos desarrollamos.

Un investigador busca generar conocimiento verdadero que trascienda en el mundo científico, esto es filantrópicamente, la búsqueda de la verdad; entonces sería paradójico que el científico mintiera para lograr la verdad; es permisible el error que implica falibilidad de la cual la ciencia no está exenta, es más, podría considerarse una característica de la misma que permite la constante actualización del conocimiento. Pero la mentira no puede ser como tal un hecho aceptable en la ciencia. El error se da por una malinterpretación o sobrestimación de resultados. Incluso se sabe que el error es indispensable para el avance de la ciencia. El científico está consciente de que su conocimiento generado no es absoluto, es probabilístico y susceptible de error, pero sabe que por el momento es lo más cercano a la realidad. Por otra parte, la mentira es una afirmación cuya falsedad le consta a quien lo formula, ya sea porque la inventó o porque tiene pruebas de que no es cierta. La persona que miente sabe perfectamente que lo que dice no es cierto, pero de todos modos lo dice seguro de que los demás le van a creer. Por lo menos durante un tiempo indefinido se le cree.

La mentira en la unidad fundamental del fraude. Según la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos, fraude científico lo define como la fabricación, falsificación y el plagio en la propuesta, ejecución o comunicación de los experimentos científicos. Se excluyen los errores de juicio, los errores de registro, los errores de análisis de datos, las divergencias de opiniones que afectan a la interpretación de resultados y las negligencias no relacionadas con el proceso de investigación.

En un sentido más genérico el fraude científico se define como toda aquella ac-

ción deliberada que atente contra la credibilidad de los informes científicos.

Los fraudes de acuerdo con el tipo de acción pueden clasificarse en:

- a) **Fraudes menores.** Consiste en actividades como la autoría ficticia de un trabajo, aprovechamiento excesivo de un trabajo propio como el autoplagio, la división de un trabajo en varias publicaciones, o el infiltrado de los trabajos.
- b) **Fraudes mayores.** Principalmente es la falsificación de datos, seguido de la fabricación de datos y el plagio.

La *falsificación de datos* consiste en proporcionar datos o métodos falsos dentro de un estudio. Los datos correctos existen, pero los autores modifican los datos a su conveniencia a fin de obtener resultados favorables a su hipótesis planteada.

El *plagio* es otro fraude muy común es la apropiación de datos o ideas presentadas como propios sin citar las referencias bibliográficas pertinentes.

La *autoría ficticia* es demasiado frecuente en la práctica científica consiste en incluir a otras personas que no contribuyeron tanto en el desarrollo de la investigación como en la redacción del trabajo, dándose la autoría regalada, honoraria o ficticia. Es común que la autoría regalada se otorgue como recompensa de algún favor, generalmente a un jefe o director del instituto donde se realizó la investigación. Debe evitarse esta práctica ya que la autoría de publicaciones científicas implican ciertas responsabilidades; en varios casos se han visto involucrados prestigiosos científicos en los que se les ha considerado como primeros autores de trabajos científicos y resulta que solo se trata de autorías ficticias.

También existe la publicación duplicada en donde se elabora la redacción de un artículo previamente editado en otra revista

o en documentos impresos y electrónicos. Generalmente se realiza por los propios autores sin el conocimiento de los redactores de las revistas implicadas.

El *autoplagio* ocurre cuando un científico alcanza cierto prestigio en un tema, se le invita a realizar revisiones sobre sus propios trabajos, con tendencia a repetir lo que ya había escrito anteriormente.

Incorrección de citas bibliográficas es omitir citas relevantes, copiar listas de citas y el abuso de autocitas. En general, las acciones mencionadas anteriormente son algunas de los aspectos más frecuentes en fraude científico.

Se ha observado que los científicos falsos tienen ciertas características conductuales en común; por lo general son personas jóvenes, ambiciosos, ansiosos de ocupar puestos relevantes, convertirse en iconos de la investigación y ser reconocidos por la élite científica. Aparentemente dedican gran parte de su tiempo a las actividades científicas, dejando de lado su vida social, el entretenimiento y en particular las actividades que no tienen que ver con su vida profesional. Combinan inteligencia y astucia con deshonestidad y cinismo.

Tras un análisis psicológico para saber las razones por las que un científico miente, se ha llegado a la conclusión de que lo hace en torno a una característica humana: la vanidad. Esto es, porque para reconocer un error se requiere de humildad y particularmente el hombre inteligente que no le gusta equivocarse, llega a ser muy difícil que él admita sus propios errores. Cuando el hombre se da cuenta de su capacidad intelectual para sobresalir en temas científicos relevantes trascendiendo en la sociedad y la humanidad puede sufrir autoengaños frente a la realidad.

Muchos investigadores han dejado a un lado las metas que persiguen los verdaderos científicos que consisten en esclarecer los fundamentos naturales para conocer la

verdad del universo y se han obsesionado en obtener fama, reconocimiento y desde luego recompensas económicas.

Tener la primacía, originalidad y ser el primero en lograr un descubrimiento científico tiene un enorme mérito, y tiene una serie de ventajas como mayor apoyo económico y reconocimiento científico. Ser el segundo o tercero en una publicación no es redituable. Por tanto, los científicos tratan de ser originales y de tener la primacía en las publicaciones científicas; tal vez esta sea la motivación más importante que los induce a buscar por todos los medios posibles, incluso los de la mentira y falsedad, publicar cualquier descubrimiento que consideren trascendente. Además, de que se ha visto que gran parte de los fraudes han ocurrido en importantes laboratorios e instituciones que tienen una enorme necesidad de publicar trabajos científicos originales.

La postura narcisista es un factor determinante de la conducta del falso investigador que no ha cambiado a lo largo de las épocas. Algunos de los casos de fraudes científicos más conocidos son el del reconocido biólogo llamado Paul Krammerer del Instituto de Investigaciones Biológicas de Viena quien pretendía demostrar que los caracteres adquiridos podían heredarse, en apoyo a las ideas de Lamarck y en contra de las tesis de Darwin, utilizó un sapo terrestre *Alytes obstetricans* que carece de cepillo copulador o callosidades pero que los anfibios acuáticos si poseen, y trató de demostrar la aparición de estos pliegues durante el acto copulatorio en el agua que transmitiría a su descendencia de modo que en la quinta generación tratada de esta forma, todos los machos los adquirirían. De esta manera se demostraba que una característica adquirida si se heredaba; en este caso se obligaba a los sapos terrestres a copular en el agua y adquirirían los pliegues cuando realizaban el abrazo copulatorio y los heredaban a su prole. Los estudios de este científico vienen

fueron muy discutidos por especialistas de todo el mundo, en especial por científicos ingleses partidarios de las teorías de Darwin. Poco después, cuando se realizaron estudios histológicos de los supuestos pliegues adquiridos en los sapos, se descubrió que no había pliegues en ese momento del estudio se encontró tinta china inyectada en capas superficiales de la piel en las manos de los sapos. Así que todas sus investigaciones y fama se vinieron abajo y el 23 de septiembre de 1926 se encontró su cadáver en un camino montañoso de Austria con un arma con la que se había suicidado. Aún no se sabe si realmente si su muerte fue a causa del descubrimiento de sus falsas pruebas o por la decepción amorosa de una artista vienesa.

Otro caso es el del joven Mark Spector de 24 años quien en 1981 trató de explicar el origen del cáncer con una teoría que se relacionaba con la activación de células cancerosas por una serie de enzimas proteincinasas que fosforilan la ATPasa-sodio-potasio. Spector pretendía caracterizar las 4 enzimas en tan solo 28 meses; esto parecía imposible para los expertos ya que solo lograr la caracterización de una de ellas llevaba mucho tiempo. Su teoría encajaba con datos recientes acerca de algunos oncogenes que codificaban una proteína cinasa. Sin embargo, sus resultados fueron cuestionados por científicos de la Universidad de Cornell en el Instituto Nacional de Cáncer que intentaron reproducir sus experimentos no obteniendo resultados favorables por lo que poco tiempo después se descubrió que Spector había falsificado sus experimentos. Lo más sorprendente es que también se dio a conocer que éste joven había logrado inmiscuirse en el mundo científico sin siquiera haber concluido estudios de bachillerato, al grado de haber sido considerado para obtener el premio Nobel.

Un caso muy particular es el del psicólogo inglés Sir Cyril Burt quien fue conocido como un erudito en su área durante

toda su vida y hasta que murió. Sus estudios se basaron en el cociente de inteligencia (CI) de los gemelos univitelinos separados, es decir, de los gemelos verdaderos que por alguna razón fueron separados, crecieron y fueron educados por distintas familias. Su teoría decía que el CI de los gemelos era muy parecido aún siendo educados de maneras distintas por tanto, la inteligencia era hereditaria. Estos resultados los obtuvo a partir de encuestas realizadas en distintas partes de Inglaterra a gemelos que vivieron juntos toda su vida y gemelos que fueron separados. En los últimos años de su vida ya no estaba en condiciones de realizar dichas encuestas así que contaba con dos colaboradoras Conway y Howard, que se supone realizaban las encuestas. Tras la muerte de Burt en 1972, se levantaron varias sospechas acerca de los trabajos pero fue un periodista quien en 1976 dio a conocer tras una larga investigación que las supuestas colaboradoras de Burt no existían y no eran conocidas en la Universidad de Londres donde se llevaban a cabo las investigaciones del psicólogo; esta situación provocó que se analizaran profundamente los experimentos de Burt y de esta manera se hallaron datos sospechosos que no concordaban con los cálculos estadísticos. Al parecer había falsificado los datos sobre el número de gemelos encontrados ya que los gemelos vitelinos son difíciles de encontrar. Además, los CI parecían resultar siempre en el mismo rango o la variación era muy pequeña. Finalmente, todo se descubrió cuando la propia hermana de Burt pidió a un colega del científico realizar una biografía de su hermano, para lo cual dio documentos personales entre ellos un diario de su vida y fue allí donde se encontraron las confesiones de él mismo sobre la fabricación y falsificación de los datos de sus estudios. Después se reveló que también fue partícipe de una vasta serie de fraudes, entre ellos diversas publicaciones falsas y au-

toplagio. Un psicoanálisis de este particular personaje mostró que padecía de ciertas conductas paranoicas y esto es lo que le orilló a anteponer sus intereses personales a la objetividad científica. La única ventaja que tuvo este falso investigador fue que al menos durante su vida pudo mantener y gozar de su fama y prestigio y fue hasta después de su muerte que éstos se vinieron abajo.

Se piensa que los fraudes científicos son hechos recientes pero se tienen datos históricos de científicos famosos que prueban que incluso científicos como Galileo, Mendel o Ptolomeo tuvieron algunas conductas faltas de ética. Se piensa que Mendel alteró sus datos para que sus hallazgos pareciesen perfectos, solo que la exactitud de un matemático estadista Ronald A. Fisher, tras una minuciosa revisión, le llevó a concluir que el fundador de la genética había “ajustado” datos a manera de favorecer sus teorías.

Ptolomeo es un caso particular de plagio porque estudios recientes realizados por astrónomos competentes indican que este importante científico no pudo haber realizado sus cálculos para estructurar su teoría geocéntrica y que pudo haberlos tomado de otro astrónomo que le precedió, Hiparco. Por la diferencia de latitudes entre Alejandría y Rodas se pudo inferir que los cálculos presentados por Ptolomeo correspondían con la latitud de Rodas, lugar donde trabajaba Hiparco y no de Alejandría de donde procedía Ptolomeo.

Existen indicios de muchos otros casos de personajes famosos y otros no tanto, pero el hecho es que las conductas faltas de ética están presentes en cualquier época y hasta en las personas menos esperadas. Científicos, entes ilustres, poseedores del conocimiento, cuyo objetivo es precisamente contribuir a mejorar y aumentar el acervo del saber científico, han sido autores de la mentira y el engaño a la sociedad, falsificando datos y hasta investigaciones completas, apropiándose de publicaciones ajenas para

inflar el currículum, participando en sabotajes, haciendo mala utilización de fondos destinados a la investigación científica y una serie de actividades deshonestas que desacreditan en gran medida los logros de los verdaderos científicos que buscan la verdad.

Parece ser que las ciencias biomédicas son de las más susceptibles de cometerse fraudes en comparación con otras disciplinas, quizá por la dificultad de la reproducibilidad de un experimento ya que los sistemas biológicos son bastante más complejos y no se puede usar la repetición como criterio de validez, lo que hace más difícil diferenciar un fraude de un error. Pero aunque sea difícil la identificación de un fraude siempre sale a la luz la realidad gracias a aquellas personas que por su determinación y capacidad analítica logran desenmascarar a los artífices del engaño porque la única manera de detectar falsos experimentos es mediante su repetición por otros investigadores, en otros laboratorios. Y ante todo queda claro que la honestidad, la confianza y la responsabilidad son las claves del éxito para alcanzar la trascendencia científica.

Conclusión

El hombre por su naturaleza política y social ha formulado una serie de sistemas que rigen su vida dentro de la sociedad; estos sistemas se basan en códigos establecidos a partir de la conducta social pero también tiene que ver con la esencia misma del hombre como ente individual. Así, que éstas conductas se basan en valores éticos y morales y de ahí se determina si son correctas o no. Un individuo está capacitado de autodeterminación y deliberación propia, sin embargo, en la toma de una decisión debe combinar tanto sus valores intrínsecos como los establecidos por la sociedad en la que se desarrolla.

En la práctica científica se debe actuar conforme a las guías normativas consolida-

das que determinan la conducta ética apropiada de todo profesionalista y debe adjudicárselas como credo en su labor científica. Haciendo buen uso de su juicio se debe lograr la mejor toma de decisiones que ayuden en el andamiaje a seguir para alcanzar sus objetivos. Es por ésta razón que el

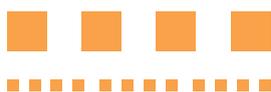
profesionista debe tener bien cimentadas las bases éticas para actuar con autodeterminación, sea cual sea su área de estudio, buscando siempre el bienestar propio y el de las personas a las que sirve, porque una persona que no vive para servir, no sirve para vivir.

Bibliografía

- BELL, R. (1995). Los cobayas humanos del plutonio. *Mundo Científico*. 158(15): 510-519.
- BENITEZ, L. (1988). El fraude en la ciencia. *Ciencia y Desarrollo*. 79: 51-58
- BORDIN, C.; FRANCAPANI, M. (1994). Bioética. Universidad Nacional de Cuyo, Argentina. 208-221.
- CODIGO DE NÚREMBER. (1947). <http://www.bioeticanet.info/documentos/Nuremberg.pdf>
- CONSEJO DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES DE LAS CIENCIAS MÉDICAS (CIOMS) (1993). Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos Ginebra, p.53-56.
- CONVENIO PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS Y LA DIGNIDAD DEL SER HUMANO CON RESPECTO A LAS APLICACIONES DE LA BIOLOGÍA Y LA MEDICINA. (1997). http://iier.isciii.es/er/pdf/er_ovied.pdf
- CONVENIO SOBRE LA DIVERSIDAD BIOLÓGICA (1992) <http://www.cbd.int/doc/legal/cbd-es.pdf>
- DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (1964). <http://www.uchile.cl/bioetica/doc/helsinkrev.htm#principio>
- DECLARACIÓN DE LISBOA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE LOS DERECHOS DEL PACIENTE. (1981). http://www.webdelprofesor.ula.ve/medicina/pacap/PREGRADO/MATERIA_PRACTICA_MEDICA2008/SESION6/DECLARACION_LISBOA_DER_PACIENTES_08.PDF
- DECLARACIÓN DE MÓNACO SOBRE BIOÉTICA Y LOS DERECHOS DEL NIÑO (2000). <http://www.bioeticaweb.com/content/view/377/86/>
- DECLARACIÓN UNIVERSAL SOBRE EL GENOMA HUMANO Y LOS DERECHOS HUMANOS (1999). <http://www.uchile.cl/bioetica/doc/declagen.htm>
- DIARIO OFICIAL DE LA NACIÓN (1984). Investigación para la Salud. p. 40-43.
- FAJARDO, G. (1991). El legado, el saldo y los modelos de la ética y de la atención médica. *Rev. Med. IMMS*. 29:56-59.
- FARÍAS O. (1989). Ética y Política Sanitaria. *Gaceta Sanitaria*. 3(14):495-496.
- GÓMEZ DE LEÓN J. (1994). Compromiso ético y vocación de servicio en salud pública. *Salud Pública de México*. 36(1): 83-87.
- INFORME BELMONT PRINCIPIOS ÉTICOS Y DIRECTRICES PARA LA PROTECCIÓN DE SUJETOS HUMANOS DE INVESTIGACIÓN. Reporte de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento.
- JUDSON, K.; BLESIE, S. (1994). Introduction to Law and Ethics. in Law and Ethics for Health Occupations. Macmillan/McGraw Hill. p. 1-10
- PAUTAS INTERNACIONALES PARA LA EVALUACIÓN ÉTICA DE LOS ESTUDIOS EPIDEMIO-

- LÓGICOS. (1991). <http://www.uchile.cl/bioetica/doc/epidem.htm>
- PAUTAS ÉTICAS INTERNACIONALES PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN SERES HUMANOS. (2002). <http://www.bioetica.ops-oms.org/E/docs/CIOMS.pdf>
- PAUTAS ÉTICAS INTERNACIONALES PARA LA INVESTIGACIÓN Y EXPERIMENTACIÓN EN SERES HUMANOS. (1993). <http://www.uchile.cl/bioetica/doc/exper.htm>
- RAMIRO, J. (2006). La construcción de la bioética a través de los informes y las declaraciones. Bioética en la red.
- SCHULZ, P.; KATIME, I. (2003). Los fraudes científicos. *Revista Iberoamericana de Polímeros*. 4(2):1-90.
- SERRANO, D. (1990). Principios éticos de la investigación biomédica en seres humanos. *Bol. Sanit. Panam.* 108(5-6): 489.498.
- SHIRER, W. (1985). Experiencias médicas en: historia de la segunda guerra mundial y 3er Reich. Barcelona. p. 1258-1269.
- VIDAL, J. (1999). Investigación en Humanos y Ética. *Bol. Acad. Méx. Bioética*. p. 1-8.

La ética en el área de la salud



Mtra. Irene DURANTE MONTIEL
Mtra. Graciela SÁNCHEZ RIVERA

LOS PROFESIONALES del área de la salud tenemos el privilegio y la responsabilidad de atender al ser humano en todo lo relativo a su salud. Así tenemos que el paciente nos permite entrar en contacto con aspectos de su vida que son relevantes para: atender un problema odontológico, canalizar una vía parenteral, definir la graduación de su agudeza visual, reducir una fractura, comprender una situación vivencial, recuperar la función osteomioarticular, ser atendida por trabajo de parto o recibir el medicamento en la presentación y dosis correctas. En todos los casos cada paciente confía que el profesional hará lo necesario para resolver su problema de salud. Para ello, nos permite entrar a la intimidad de su vida ya sea señalando toda la sintomatología, los detalles del contagio, indicarnos el sitio del dolor, relatando su historia familiar, permitiéndonos tomar un bisturí para

extraer el mal físico o realizar un procedimiento invasor. Esta intrusión física, emotiva y psíquica que nos autoriza el paciente merece un comportamiento cuidadoso de cada profesional que participa en su estudio y atención. Esto es, la ética.

Abordaremos el tema desde dos perspectivas: el referente conceptual aplicable a la ética en el área de la salud la conceptual y los acuerdos consensuados por los profesionales del área, los códigos de la ética.

Referente conceptual

Desde tiempo inmemorial, la convivencia humana en sociedad se ha visto influenciada y en muchos casos determinada por lineamientos, implícitos o explícitos que indican lo que es “bueno o malo” en ese conjunto humano. Esto es, la MORAL —del latín *moris*

o conducta— el punto obligado de partida, el sistema de creencias, prácticas y juicios de primer orden sobre el bien y el mal que otorga una cultura, sociedad o comunidad humana y que dictamina los actos de los individuos de esa agrupación como buenos o malos.

Entre los propósitos de la moral se encuentra el crecimiento del ser humano; la disminución de su sufrimiento; el mantener a la sociedad como un conjunto; la solución justa y ordenada de conflictos y en su caso, el otorgar reconocimiento y responsabilidad, premiación y castigo y, culpa.

Por otro lado, la ÉTICA —del griego *ethos* que significa carácter o modo de ser— obliga a la reflexión sobre nuestras creencias, prácticas y juicios morales. Desde la filosofía, la ética evalúa los valores morales de la cultura o de la civilización para encontrar normas que deben regir la conducta virtuosa para determinada comunidad o grupo humano. Por tanto, comprende el proceso de valoración y provee las razones para valorar el por qué algo es bueno o malo.

Con base en lo anterior, observamos que es una actividad consciente del ser humano que influye y a la vez refleja su realidad personal y contextual. Al respecto, Veatch refiere que la ética es una reflexión disciplinada sobre las intuiciones morales y las decisiones morales que toman las personas.

Sin embargo, “la ética no sólo estudia lo que se hace, sino también lo que deja de hacerse por negligencia, mala planeación y falta de visión, el precio de no hacer investigación resulta muy alto para el país”.

En resumen, procedemos a diferenciar estos dos conceptos ya que si bien es cierto que guardan una relación estrecha no son sinónimos.

- La moral se refiere a las creencias y prácticas de primer orden sobre el bien y el mal por medio de las cuales guiamos nuestro comportamiento y establece que es lo bueno y lo malo.

- La ética es el segundo nivel en el que se logra una consideración producto de la reflexión sobre nuestras creencias y prácticas morales. La ética evalúa y por tanto, comprende el proceso de valoración. Provee la base teórica para valorar el por qué algo es bueno o malo. Esta teoría ética conforma las razones para juzgar algo como bueno o como malo.

En contraste la ética médica, acuñada a inicios del siglo XIX por el médico inglés Tomás Percival, combina la filosofía y la ciencia; por tanto, es una ciencia de la razón y ésta, la razón, es su instrumento de trabajo. Como todas las ciencias, tiene como finalidad la búsqueda de la verdad, la cual es objetiva, única e independiente del observador. La ética estudia la moralidad, es decir, la bondad o la maldad de los actos humanos.

Si bien la ética, se aplica con base en los valores morales de la cultura o de la civilización para encontrar normas que deben regir la conducta virtuosa para determinada comunidad o grupo humano; entonces, la ética médica se refiere al análisis de las decisiones en la medicina, no sólo por los médicos sino por todos los involucrados como pueden ser los profesionales de la salud, pacientes, familiares, legisladores y jueces, por nombrar algunos de los más importantes.

Cuando la ética médica se centra en el médico, estudia su actuar y lo califica como bueno o malo, a condición de que sea voluntario y consciente. Su aplicación se fundamenta en los cuatro principios de la ética médica vigentes a la fecha: autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia, así como diversos valores que sirven de guía para su aplicación y que abordaremos con mayor detenimiento más adelante. La ética médica es un elemento integral tanto del estudio y atención del paciente, como del ejercicio médico.

Uno de los conceptos que se encuentra en plena transformación es el: “acto mé-

dico”. El sentido tradicional se refiere a todo aquello que realiza el profesional de la medicina en el desempeño de su profesión frente al paciente. Pero la atención médica no sólo involucra al médico sino al equipo de salud entre otros. Nuevamente tenemos que Veatch va más allá y dice que la ética médica analiza las decisiones que en la medicina realizan todos los involucrados en la atención de la salud del paciente e incluye al médico, profesionales de la salud, pacientes, familiares, legisladores y jueces, por nombrar los más importantes.

Según Gillón, filósofo inglés, el término se refiere a las decisiones médico-morales relacionadas con las normas o los valores, el beneficio y el perjuicio, lo justo y lo injusto, y lo que debe llevarse a cabo o no, en el contexto de la atención médica. Resulta interesante mencionar que los actos de un profesional en su vida privada, no profesional, caen en la ética general, aplicable a todo ser humano.

Otro referente de importancia es el de la BIOÉTICA. El concepto se refiere al estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y de la atención a la salud, en la medida en que esta conducta se examine a la luz de valores y principios morales.

De esta manera, la bioética estudia a moralidad de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida. Incluye la ética médica, pero supera los problemas clásicos de la medicina, ya que trata además de los problemas éticos de las ciencias biológicas, los cuales son ante todo de orden médico. Como nueva disciplina que es, se ocupa de elaborar una metodología efectiva que apoya médicos y hombres de ciencia en la toma de decisiones sobre la salud y la vida desde un punto de vista sociológico, psicológico e histórico.

La bioética supone un campo de acción más amplio que la ética médica. En la ética médica hay que distinguir los aspectos

teóricos de ella, como las implicaciones del uso de embriones preservados o los aspectos prácticos del ejercicio médico como pueden ser las implicaciones de ejercer una especialidad sin los conocimientos suficientes o el dar de alta enfermos que aún no han curado por insuficiencia económica.

Otros autores refieren que la bioética reflexiona acerca de los problemas éticos que se derivan de la expansión científica y tecnológica; en la práctica y desarrollo de las ciencias médicas y biológicas; tanto a nivel microsociedad como macrosociedad; y su repercusión presente y futura en la sociedad y su sistema de valores. Lo anterior exige una gestión responsable de la vida humana. En este contexto, el estudio interdisciplinario se convierte en un facilitador de la integración bioética en las actividades científicas y profesionales concretas, así como, en las estructura legislativas y de toma de decisiones de orden público con la consecuente inclusión del respeto, de la promoción de la vida humana y de la persona, y de los derechos humanos en el sector biomédico como exigencias.

En síntesis, la bioética se ocupa, de acuerdo con los conceptos fundamentales de la teoría general de sistemas, del estudio completo de la condición que se debe tener en cuenta para el desarrollo armónico de los individuos y de la colectividad.

En la actualidad no es raro encontrar que se utilice el término de bioética como si fuese sinónimo de ética médica. Sin embargo, es importante notar que el término de bioética es más amplio que el de ética médica.

- La bioética aborda los conflictos éticos que surgen en las ciencias biológicas como puede ser el caso de la investigación en animales o la manipulación de su estructura genética, o problemas derivados del uso de combustibles derivados del petróleo.

- La ética médica se centra en aspectos teóricos de las ciencias médicas; así como, en aspectos prácticos del ejercicio de la medicina.

Otro elemento es el de la DEONTOLOGÍA, del griego *deon* que significa “deber” es la ciencia que aplicada a la salud se ocupa de los deberes y obligaciones de sus profesionales.

A semejanza de lo que sucede con los conceptos de bioética y ética médica, es común encontrar que no se distinguen claramente los límites entre la ética y la deontología.

Ya comentamos que la ética estudia el acto humano y define si es bueno o malo y en el caso de la ética médica se circunscribe al acto médico. En cambio, la deontología determina los deberes que han de cumplirse en circunstancias particulares. Por tanto, dentro de cada profesión se habla de sus aspectos deontológicos. De manera general se acepta que el cumplimiento del deber es hacer aquello que la sociedad ha impuesto en bien de los intereses colectivos y particulares. En la ética médica y particularmente en el actuar ético siempre se involucran los deberes éticos, aspecto que veremos más adelante.

Otro concepto de sumo valor para comprender es el de LEY. En el sentido formal, se dice que la ley es una disposición obligatoria que emana del órgano legislativo del Estado; el conjunto de reglas que regulan, orientan y dirigen la actividad del hombre y la convivencia humana en la vida social.

Ahora veamos su diferenciación con la ética. Si bien la ética y la ley guardan una relación estrecha existen diferencias precisas como las siguientes: a) la ley establece los estándares de conducta en la sociedad para así vigilar su cumplimiento; la ética se concierne con estándares más allá del mínimo indispensable; b) la ley tiende a ser reactiva, esto es, se fundamenta en los sucesos del pasado mientras que la ética es proactiva al promover lo que desea hacia el futuro; c) la

ley es obligatoria en una sociedad y la ética depende de la voluntad del individuo; y d) algunas leyes pueden ser injustas y por tanto, contrarias a los estándares éticos. La ética va más allá de la ley y la juzga.

La ética de los profesionales de la salud, particularmente la ética médica, abarca sus responsabilidades y obligaciones profesionales, sin embargo, ponemos énfasis en que los principios que rigen la conducta y responsabilidad profesionales pueden rebasar e incluso llegar a ser contrarios a lo marcado por la ley.

De los códigos de ética

Si bien es cierto que el acto ético emerge de una decisión voluntaria, también es cierto que corresponde a fundamentos acordados por los profesionales de la salud a lo largo de la historia. Estos documentos consensuados son los códigos de ética. Por ello, revisaremos aquellos de mayor relevancia histórica y vigencia actual para comprender las bases que dirigen su aplicación.

Un código es un conjunto de normas codificadas y ordenadas por capítulos que hacen referencia a un tema específico y consensuado por una comunidad de individuos especializados e interesados en la materia. En este sentido Tullio refiere que la codificación, de las normas, es un paso más avanzado que la simple recopilación, esto es, que las normas vigentes que constituyen un código son exclusivas de la materia en cuestión. Así las normas son la regla o guía de conducta que ese grupo considera de observancia obligatoria y que regula las relaciones humanas. Suele darse el caso que se asigne una sanción única al incumplimiento, sin embargo en el estricto sentido de la ética, esto funcionaría en menoscabo de su carácter voluntario.

Existe un sin número de códigos, dependiendo de la materia que se quiera tra-

tar. Su ordenamiento es de lo general a lo particular, incluye las normas de actualidad local, nacional e internacional y establece, irrevocablemente, la forma como se debe hacer “algo”.

No olvidemos que de manera paralela el ejercicio profesional esta normado por leyes, las cuales precisan las actividades que realizan los profesionales en términos de obligaciones legales. Así, se observan normas de exclusividad que deben seguir quienes se dedican a una profesión, como por ejemplo los médicos, enfermeras, odontólogos, psicólogos, farmacéuticos, fisioterapeutas, trabajadoras sociales y laboratoristas clínicos y paraclínicos, entre otros. Para dar validez a este conjunto de normas, de debe tener un registro oficial o de matriculación que lo regula jurídicamente; por tanto y a diferencia de la ética, su desobediencia conlleva una sanción. Las normas del ejercicio profesional permiten habilitar o inhabilitar a personas o lugares para el ejercicio, por lo que estas normas establecen obligaciones, derechos y prohibiciones de un ejercicio determinado.

Esto es, las normas jurídicas son el conjunto de mandatos generales que rigen a las conductas humanas en una relación de convivencia comunitaria y su cumplimiento puede ser impuesto por el Estado a través de los órganos jurisdiccionales.

Hemos revisado los conceptos de código, norma y el conjunto de normas de una materia en particular como son las profesionales y jurídicas y con base en ello abordaremos los distintos códigos relacionados con la ética, para entrar en el tema que nos ocupa, la ética en el área de la salud.

Párrafos arriba se menciono que la ética es una reflexión disciplinada sobre las intenciones morales y las decisiones morales que toman las personas. La ética por tanto, trata lo que realiza un profesional, en este caso, de la salud, lo que no hace conscientemente, la negligencia, y lo que se omitió al realizar una actividad profesional.

Los códigos de ética pueden ser obligatorios o de valor moral, esto depende de la decisión de cada país o de los organismos internacionales. Obligatorios cuando deben ser acatados irremediabilmente y que si no fuera así, entonces se impone una sanción jurídica o administrativa. De orden moral cuando no necesariamente existe sanción alguna.

En términos generales un código de ética representa el consenso de un grupo sobre aquellos lineamientos que deben normar el proceder y/o la conducta general de quienes se apeguen al mismo.

La guía para la elaboración de un código de ética, (*Guidance for writing a code of ethics*) indica que:

- Un código de ética define los comportamientos aceptados o aceptables.
- Promueve altos estándares para la práctica profesional.
- Provee una referencia para la autoevaluación.
- Establece un marco de referencia para las responsabilidades y conductas profesionales.
- Sirve como medio para la identidad profesional.
- Es un índice de madurez profesional.

Esta misma guía ofrece diez puntos que se deben tomar en cuenta para la elaboración de un código de ética, entre ellos se observa que el código de ética deberá ser una guía de comportamiento; que deberá abarcar los principios o valores y ordenarlos de acuerdo con su importancia; que debe concertar las necesidades del grupo y las creencias de sus miembros; se debe prever e incluir los tiempos y el proceso de revisión y actualización del código.

También menciona que en la ética médica actual los profesionales se deben apegar a los principios de la ética, a saber: beneficencia, no maleficencia, respeto a la autonomía y justicia de los pacientes.

A continuación revisaremos los códigos de ética de mayor relevancia en la actualidad.

Consejos de Esculapio

Desde Esculapio, en sus consejos a quienes tenían la intención de ser médicos, él les tenía una pregunta que involucraba la vida de los futuros médicos: “Has pensado en lo que va a ser tu vida?...” En este escrito se vislumbran ya los principios de la ética médica.

En estos consejos Esculapio se refiere al cambio de vida que tendrán los candidatos, mencionando que deberán atender a toda aquella persona que solicite su atención, no importando el día y la hora, siempre estará dispuesto; que atenderá a pobres y ricos de igual manera y disposición. Describe que guardarán en secreto lo que su paciente le diga o lo que encuentre en él. Que tendrán que mantener un estatus ante la comunidad y sus pacientes. También los instruye en que deberán mantenerse actualizados todo el tiempo para no mostrar sus dudas y perder a sus pacientes. Deberán observar la conducta humana para el conocimiento del ser humano. Que no lucren con su profesión. Se mantendrán interesados por sus pacientes aunque ello, les signifique mirar suciedades e inmundicias, por lo que manifestaran compasión, tolerancia y paciencia con ellos. Tendrán que tomar decisiones importantes aunque involucren sus gustos y creencias, sin dejar de ser justos con todos aquellos que acudan a él. Los consejos terminan con esta frase, vigente en nuestros días: “Sí ansías conocer al hombre y penetrar en la trágica grandeza de su destino, entonces, hazte médico hijo mío”.

Juramento Hipocrático

El juramento hipocrático hace referencia también a los principios de la EM, ya que en el se menciona que el médico actuará en

beneficio de sus enfermos, con la aplicación de sus conocimientos, manteniendo siempre buen juicio; que no hará daño, bajo ninguna circunstancia y tratará a todos sus pacientes con justicia. Si no supiera hacer algún tratamiento, incluido la cirugía, canalizará a sus pacientes, a otro colega que tenga los conocimientos necesarios para curarlos; y por último guardar en secreto lo que las personas refieran, dentro del consultorio o fuera de él, para no avergonzarlas. Terminando este juramento diciendo que: “Si fuera fiel a este juramento y no lo violara. Que se me conceda gozar de mi vida y de mi arte, y ser honrado para siempre entre los hombres. Si lo quebrantara y jurara en falso, que me suceda lo contrario”.

Oración de Maimónides

En esta oración el médico le implora a Dios Todopoderoso que con su ayuda, haga el bien a los hombres, que le inspire amor a su profesión y a sus *criaturas* (así se refiere a los hijos de Dios, los hombres), que la ambición no lo desvíe de su diario quehacer y que siempre este dispuesto a atender a todos los que le requieran sin importar si es rico o pobre, bueno o malo, amigo o enemigo; que en su oficio mantenga la certeza de sus conocimientos, aplicándolos en beneficio de los hombres y manteniéndolos en constante vigencia, ya que este arte es inacabable. Le solicita a Dios que le permita ser modesto en todo, excepto en el conocimiento de su profesión. Por último, le solicita que lo apoye: “En este gran trabajo para que haga bien a todos los hombres, pues sin tu ayuda nada de lo que haga tendrá éxito”.

Código Internacional de ética médica

Lo anterior sienta las bases para mirar el actuar y las conductas del médico, así como para argumentar la creación de los princi-

pios de la ética médica. A este respecto la Asociación Médica Mundial (AMM) emite los deberes del médico en general, los deberes del médico hacia los enfermos y los deberes del médico entre sí. Estos deberes hacen referencia a los preceptos que en párrafos anteriores se describen. Aquí los mencionaremos tal y como han sido enunciados:

Deberes de los médicos en general

- El médico debe mantener siempre el más alto nivel de conducta profesional.
- El médico no debe permitir que motivos de ganancia influyan el ejercicio libre e independiente de su juicio profesional de sus pacientes.
- El médico debe en todos los tipos de práctica médica, dedicarse a proporcionar un servicio médico competente, con plena independencia técnica y moral, con compasión y respeto por la dignidad humana.
- El médico debe tratar con honestidad a pacientes y colegas, y esforzarse por denunciar a los médicos débiles de carácter o deficientes en competencia profesional, o a los que incurran en fraude o engaño. Las siguientes prácticas se consideran conducta no ética:
 - a) La publicidad hecha por el médico, a menos que esté autorizada por las leyes del país y el código de ética médica de la asociación médica nacional.
 - b) El pago o recibo de cualquier honorario u otro emolumento con el solo propósito de obtener un paciente o recetar, o enviar a un paciente a un establecimiento.
- El médico debe respetar los derechos del paciente, de los colegas y de otros profesionales de la salud, y debe salvaguardar las confidencias de los pacientes.
- El médico debe actuar sólo en el interés del paciente cuando preste atención

médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente.

- El médico debe obrar con suma cautela al divulgar descubrimientos o nuevas técnicas, o tratamientos a través de canales no profesionales.
- El médico debe certificar sólo lo que él ha verificado personalmente.

Deberes de los médicos hacia los enfermos

- El médico debe recordar siempre la obligación de preservar la vida humana.
- El médico debe a sus pacientes todos los recursos de su ciencia y toda su lealtad. Cuando un examen o tratamiento sobrepase su capacidad, el médico debe llamar a otro médico calificado en la materia.
- El médico debe guardar absoluto secreto de todo lo que se le haya confiado, incluso después de la muerte del paciente.
- El médico debe prestar atención de urgencia como deber humanitario, a menos de que esté seguro que otros médicos pueden y quieren prestar dicha atención.

Deberes de los médicos entre sí

- El médico debe comportarse hacia sus colegas como él desearía que ellos se comportasen con él.
- El médico no debe atraer los pacientes de sus colegas.
- El médico debe observar los principios de la declaración de Ginebra, aprobada por la Asociación Médica Mundial.

Código de Nüremberg

Bajo el antecedente de que se realizaron crímenes de guerra, durante la Segunda Guerra Mundial en Alemania y los países ocupados,

y crímenes contra la humanidad, se emite este código para regular la investigación en seres humanos. En él se suscriben diez puntos, que quienes se dediquen a realizar investigaciones en seres humanos deberán apegarse a ellos. Indica que las investigaciones que se vayan a realizar se comprobable que no se puedan llevar a cabo por otros medios, así como que sus resultados sean en beneficio de la humanidad, que su realización este bajo los principios de la ética general de la profesión médica.

A continuación haremos un resumen de estos diez puntos a que se refiere este código:

1. Contar necesariamente con el consentimiento del sujeto objeto de la investigación.
2. Los resultados del experimento deberá ser en beneficio de las sociedades.
3. Experimentar primero en animales y basarse sobre los datos obtenidos para justificar la investigación en seres humanos.
4. El experimento deberá realizarse de modo que no cause daño (físico o mental) injustificadamente.
5. No se realicen experimentos que puedan producir la muerte o daños incapacitantes, excepto que se realicen en los propios experimentadores.
6. El riesgo no podrá ser mayor que el beneficio que proporcionara.
7. Deberán tomarse medidas y mecanismos para proteger al sujeto de daños incapacitantes o de muerte.
8. Los experimentos los realizarán las personas más competentes y con experiencia, en todas las fases de la investigación.
9. El sujeto que participa en el estudio podrá desligarse de la investigación en cualquier fase de ésta si considera que ha llegado a tal riesgo que le impide seguir adelante.
10. El investigador podrá dar por terminado el experimento si considera que el experimento puede dar por resultado lesión, incapacidad o muerte del sujeto.

Declaración de Budapest: declaración sobre la ciencia y el uso del saber científico

Esta declaración, hace referencia a que la los avances de la ciencia, en todos los ámbitos ha generado un cúmulo de conocimientos en beneficio de la humanidad, de su entorno natural y de las relaciones entre países, sociedades y de los individuos en general. Sin embargo también hace referencia que este progreso (de la ciencia y tecnología) ha desarrollado formas de destrucción del ambiente natural y de probabilidad de destrucción de la humanidad si se siguen desarrollando armas de destrucción masiva y peor aún si éstas se aplicaran. Otro argumento es que la ciencia debe ser difundida entre la población, esto es, la ciencia como parte de la educación de los individuos a todos los niveles educativos, en beneficio del progreso y desarrollo de las sociedades y los países. Que se deben preservar las culturas y obtener de ellas los conocimientos que aportan en beneficio de la humanidad. Que el desarrollo y los procesos de generación del conocimiento de la ciencia sea bajo fundamentos éticos. Estos tópicos han preocupado a los individuos en el nivel mundial, tanto de las comunidades científicas como civiles en general. En 1999, en Budapest se realizó la Conferencia Mundial sobre *La ciencia para el siglo XXI: un nuevo compromiso*

La declaración esta estructurada con bajo cuatro títulos, los cuales contienen 46 puntos a tratar, a continuación se presenta un resumen de éstos:

En el preámbulo se declara que: “Las ciencias deben estar al servicio del conjunto

de la humanidad y contribuir a dotar a todas las personas de una comprensión más profunda de la naturaleza y la sociedad, una mejor calidad de vida y un entorno sano y sostenible para las generaciones presentes y futuras”.

“La ciencia ha dado paso a innovaciones estupendas en los campos de la agricultura, la tecnología, de búsqueda de nuevas fuentes de energía; de procesos y producción de tecnologías industriales. Nuevos métodos de comunicación entre los individuos y los pueblos. La profundización ininterrumpida de los conocimientos científicos sobre el origen, las funciones y la evolución del universo y de la vida dota de la humanidad de enfoques conceptuales y pragmáticos que ejercen una influencia profunda en su conducta y sus perspectivas”.

“Las aplicaciones de los avances científicos y el desarrollo y la expansión de la actividad de los seres humanos han provocado también la degradación del medio ambiente y catástrofes tecnológicas y han contribuido al desequilibrio social o la exclusión”. En este punto se menciona que las Naciones Unidas proclamaron el año 2000 Año Internacional para la Cultura de la Paz y el año 2001 Año de las Naciones Unidas del Diálogo entre Civilizaciones como movimientos hacia el establecimiento de la paz mundial, esto también es una responsabilidad de la comunidad científica.

También señala que es necesario llegar a acuerdos sociales interdisciplinarios sobre la producción y la aplicación del saber científico; y describe que los beneficios del nuevo conocimiento científico no están equitativamente distribuidos entre los pueblos, los individuos y por género.

Esta declaración considera que:

- El desarrollo de la investigación científica que han tenido las ciencias naturales actualmente, ha tenido un importante impacto social, por lo que en el

siglo XXI, la ciencia debe convertirse en el bien, en beneficio de los pueblos.

- Se debe tener en cuenta la autoridad de la ciencia en la toma de decisiones en lo normativo o regulatorio.
- La enseñanza de la ciencia es para la plena realización del ser humano.
- La investigación científica y sus repercusiones permiten el progreso de los pueblos.
- En el campo de la salud, el desarrollo de la investigación científica es esencial para una mejor calidad de vida de la humanidad.
- Es importante acercar a los países en desarrollo a los desarrollados, incrementando los talentos e infraestructuras científicas.
- El progreso de la educación y de la investigación misma se beneficia a través de los nuevos avances de los medios de comunicación e información.
- Libre acceso a la información.
- La investigación científica y su uso debe respetar los derechos humanos y la dignidad de las personas.
- Algunas aplicaciones de los productos de la investigación científica llegan a ser perjudiciales para las personas, los pueblos, el medio ambiente y la salud en general del ser humano.
- La ciencia es indispensable para promover y mantener la paz, la protección, el desarrollo y la seguridad mundial.
- La práctica y aplicación de las ciencias deben ser bajo normas éticas apropiadas.
- La progresión y utilización de la ciencia, deben preservar todas las formas de la vida y los sistemas de sustentación de la vida de nuestro planeta.
- Existe una desigualdad en la participación de los hombres y mujeres en todas las actividades relacionadas con la ciencia.

- Existen, también, impedimentos para que los grupos desfavorecidos participen en el ámbito de la ciencia.
- Es necesaria la relación de la ciencia con la sociedad para la resolución de grandes problemas mundiales.
- Existe la necesidad de que los gobiernos, la sociedad civil y el sector productivo contraigan un compromiso con la ciencia y que los científicos asuman un compromiso en pro de la sociedad.

Con base en lo anterior, se formula la siguiente proclamación, bajo cuatro subtítulos:

1. *La ciencia al servicio del conocimiento; el conocimiento al servicio del progreso;* en donde se refieren a la promoción de la investigación fundamental y orientada hacia los problemas es esencial para alcanzar el desarrollo y un progreso endógenos. Que a través de políticas nacionales, los gobiernos deben reconocer la función esencial que desempeña la investigación científica en la adquisición del saber, la formación de científicos y la educación de los ciudadanos.
2. *La ciencia al servicio de la paz,* este punto habla básicamente de que: “La comunidad científica, que desde hace largo tiempo comparte una tradición que trasciende las naciones, las religiones o las etnias, tiene el deber, como afirma la Constitución de la UNESCO, de promover la solidaridad intelectual y moral de la humanidad, base de una cultura de paz”.
3. *La ciencia al servicio del desarrollo:* “El objetivo debe ser, avanzar hacia unas estrategias de desarrollo sostenible mediante la integración de las dimensiones económicas, sociales, culturales y ambientales”. “La enseñanza científica, en sentido amplio, sin discriminación y que abarque todos los niveles y moda-

lidades es un requisito previo esencial de la democracia y el desarrollo sostenible”. La creación de capacidades científicas deberá contar con el apoyo de la cooperación regional e internacional a fin de alcanzar un desarrollo equitativo y la difusión y la utilización de la creatividad humana sin discriminación de ningún tipo contra países, grupos o individuos. El progreso científico requiere varios tipos de cooperación en los planos intergubernamental, gubernamental y no gubernamental y entre ellos. Es preciso proteger adecuadamente los derechos de propiedad intelectual a escala mundial, y el acceso a los datos e informaciones es fundamental para llevar a cabo la labor científica y plasmar los resultados de la investigación científica en beneficios tangibles para la sociedad.

4. *La ciencia en la sociedad y la ciencia para la sociedad,* en este rubro se menciona que la práctica y utilización científica debería tener los siguientes objetivos: lograr el bienestar de la humanidad, comprendida la reducción de la pobreza; respetar la dignidad y los derechos de los seres humanos, así como el medio ambiente del planeta; y tener plenamente en cuenta la responsabilidad que nos incumbe con respecto a las generaciones presentes y futuras. Habría que garantizar la libre circulación de la información sobre todas las utilidades y consecuencias posibles de los nuevos descubrimientos y tecnologías, a fin de que las cuestiones éticas se puedan debatir de modo apropiado. Todos los investigadores deberían comprometerse a acatar normas éticas estrictas y habría que elaborar para las profesiones científicas un código de deontología basado en los principios pertinentes consagrados en los instrumentos internacionales relativos a los derechos humanos. La igualdad de acceso a la ciencia no

sólo es una exigencia social y ética para el desarrollo humano, sino que además constituye una necesidad para explotar plenamente el potencial de las comunidades científicas de todo el mundo y orientar el progreso científico de manera que se satisfagan las necesidades de la humanidad. Los gobiernos y científicos del mundo entero deben abordar los problemas complejos planteados por la salud de las poblaciones pobres, así como las disparidades crecientes en materia de salud que se dan entre países y entre comunidades de un mismo país, con miras a lograr un nivel de salud mejor y más equitativo, y también un suministro de asistencia sanitaria de calidad para todos.

Finalmente los participantes en la conferencia se comprometen a: “Hacer todo lo posible para promover el diálogo entre la comunidad científica y la sociedad, a actuar con ética y espíritu de cooperación en nuestras esferas de responsabilidad respectivas a fin de consolidar la cultura científica y su aplicación con fines pacíficos en todo el mundo, y a fomentar la utilización del saber científico en pro del bienestar de las poblaciones y de la paz y el desarrollo sostenibles, teniendo en cuenta los principios sociales y éticos mencionados”.

Declaración de Helsinki, de la Asociación Médica Mundial: principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos

A continuación se describen los dos elementos a los que hace referencia este documento, los principios básicos para toda investigación médica y los aplicables cuando la investigación médica se combina con la atención médica.

1. *Principios básicos para toda investigación médica.* Aquí se menciona que el médico debe proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano, al realizar investigación médica. Debe hacerse la investigación bajo las normas científicas mundialmente aceptadas, bajo conocimientos fundados en la bibliografía y en experimentación en animales, si fuera preciso. Cuidando el medio ambiente y el bienestar de los animales de experimentación. La experimentación en seres humanos deberá proyectarse en un protocolo de investigación, el cual será aprobado por un comité de evaluación ética, externo al grupo de investigación. El investigador deberá informar al comité de los avances, resultados y dificultades que se presenten en el curso de la investigación. En el protocolo deberán aparecer los principios éticos del caso, así como que se han tomado en consideración los principios enunciados en esta declaración. Las investigaciones deben realizarse por personal científicamente competentes y supervisadas por un médico clínicamente calificado. En el proyecto de investigación debe considerarse el costo-beneficio. La investigación en seres humanos debe considerar que el beneficio es mayor que los riesgos y costos. Se debe contar con el consentimiento informado de aquellos sujetos de experimentación. En personas incapacitadas se debe contar con el consentimiento de la persona responsable de ellos, así como que no se deberían tomar en cuenta para la investigación, a menos que no se pueda desarrollar en sujetos sanos. Los resultados de la investigación deberán publicarse, manteniendo la exactitud de los datos. Las publicaciones deberán sujetarse a los principios de esta declaración.

2. *Principios aplicables cuando la investigación médica se combina con la atención médica.* Se hace referencia de que cuando se combina la investigación con la atención médicas, esta debe considerar el valor preventivo, de diagnóstico y terapéutico. Los costos-beneficios de la investigación se deben comparar con los métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos existentes. El médico debe informar al paciente de las relaciones que tiene la investigación con su atención médica, sin menoscabo de la relación médico-paciente.

Declaración de Ginebra

En este documento se presentan diez máximas que asumen los médicos al incorporarse a la profesión médica, estas declaraciones resumen los tópicos que se presentan el juramento Hipocrático.

Declaración de los derechos humanos

Este documento se conforma de 30 artículos en donde se declara que los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y que deben comportarse fraternalmente los unos con los otros. Todos tienen derechos, independientemente de su raza, religión, sexo, idioma, color, creencias y posición económica, política y social, así como de su país de origen. Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a su seguridad. Tiene derecho a ser reconocida su personalidad jurídica y que se le de trato justo ante los tribunales jurídicos. Será inocente hasta comprobar su culpabilidad. Derecho a la protección de la ley ante injerencias y ataques en su vida privada, su familia, domicilio, correspondencia, su honra y reputación. Derecho a la libertad. Dere-

cho a contraer matrimonio y gozar de los derechos durante éste en igualdad de género. Derecho al trabajo. Derecho a la libertad de opinión, pensamiento, de conciencia y religión. A la libertad de opinión y expresión. Derecho a la educación y a la salud. Derecho a una nacionalidad. Derecho a la propiedad individual y colectiva. A libertad de reunión y asociaciones pacíficas. Al disfrute, tiempo libre y vacaciones, entre otros derechos igualmente importantes.

Declaración Universal sobre el genoma y derechos humanos

El documento en su preámbulo evoca las convenciones de las Naciones Unidas y la UNESCO, en donde las referencias sobre la dignidad y respeto mutuo de los seres humanos, la difusión de la cultura y educación, incluida la enseñanza de la ciencia. La aplicación y progreso de la misma, la educación para la paz, los derechos de los discapacitados; la solidaridad entre los hombres y las naciones, entre otros temas, de los cuales hablamos párrafos arriba y con base en ellos, los miembros de esta declaración proclaman los principios bajo siete títulos:

1. La dignidad humana y el genoma humano en donde se proclama que el genoma humano es patrimonio de la humanidad y no se podrá lucrar con él.
2. Derechos de las personas interesadas, las investigaciones que se realicen sobre el genoma de una persona, aquella (la investigación) se hará bajo la evaluación de los riesgos y beneficios que se produzcan; contar con el consentimiento informado; no discriminación de la persona por sus características genéticas. Confidencialidad de los resultados de la investigación.
3. Investigaciones sobre el genoma humano, en donde fundamentalmente

se refiere a que las investigaciones y sus aplicaciones no deben predominar sobre los derechos humanos, la dignidad de las personas y su libertad. Su finalidad será beneficiar a la humanidad.

4. Condiciones del ejercicio de la actividad científica, en este rubro se menciona que las investigaciones deberán realizarse bajo estrictas normas éticas y sociales y que los Estados proporcionarán condiciones para la práctica libre de la investigación; previendo las consecuencias éticas, legales, sociales y económicas, así como la creación de comités de ética independientes, conformados por personal de diversas disciplinas, para las evaluaciones éticas, sociales y jurídicas implicadas en las investigaciones sobre el genoma y sus consecuencias.
5. Solidaridad y cooperación internacional; los Estados deberían promover las investigaciones orientadas a identificar, prevenir, curar, enfermedades genéticas o que involucran la genética, así como enfermedades raras y endémicas que prevalecen en gran parte de la humanidad. La solidaridad y cooperación internacional para difundir los resultados, benéficos y/o negativos para las poblaciones.
6. Fomento de los principios de la declaración, este punto menciona que los Estados tomarán medidas para el promover los principios de esta declaración a través de la educación, la creación de cuerpos de investigación, formación de capos interdisciplinarios y la educación en bioética.
7. Puesta en marcha de la declaración, al respecto se menciona que los Estados intentaran garantizar que estos principios se respeten y apliquen; y también fomentaran el intercambio entre los comités de ética internacionales para garantizar su total colaboración.

Pautas Internacionales para la evaluación ética de los estudios epidemiológicos

La elaboración y difusión de estas pautas se realizó tras la preocupación de que a pesar de que existe la declaración de Helsinki, no todas las investigaciones epidemiológicas cumplen o se apegan a esa declaración y centra mayor énfasis en las investigaciones que se llevan a cabo en los países en desarrollo.

Teniendo en cuenta el gran avance de las investigaciones en epidemiología, en donde se incide en los individuos que conforman una comunidad y en las comunidades mismas y que de ellos se obtienen datos individuales y comunitarios, así como se utilizan esos datos, esto llega a exhibir preocupaciones ante los derechos y libertades de las personas y las necesidades comunitarias. Ante los hechos de abusos o posibles abusos en contra de los individuos y/o comunidades en estudio, se ha hecho necesaria e importante la aplicación de normas éticas que regulen las intervenciones e investigaciones en el ámbito epidemiológico. Por lo anterior las asociaciones de epidemiólogos iniciaron la revisión de los aspectos éticos correspondientes, así también algunos otros grupos relacionados han propuesto pautas éticas. Aún así no se habían construido pautas éticas internacionales para las investigaciones y prácticas epidemiológicas.

Por lo anterior, en el marco de la xxv Conferencia Internacional del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en 1990, se elaboró un borrador de estas Pautas Internacionales (PI). En 1991 el Comité Directivo, tras una amplia revisión de las pautas, las aprobó y recomendó su difusión.

Uno de los propósitos de las pautas es que los países puedan definir políticas nacionales en la ética de sus investigaciones epidemiológicas y el establecimiento de mecanismos de evaluación éticas de las inves-

tigaciones y estudios en el área. Aunque se sabe que estas pautas no resolverán todos los conflictos en materia ética, si pueden lograr que se vislumbren consecuencias en este sentido, contribuyendo a elevar la calidad de las investigaciones con un carácter humanista.

Con base en lo anterior las Pautas Internacionales: “Están orientadas a los investigadores, a los encargados de las políticas de salud, miembros de los comités de evaluación ética y a otras personas que se ven enfrentadas a problemas éticos que surgen en la epidemiología”.

El texto hace referencia, en primera instancia, que las pautas son la manifestación del interés por que los estudios en epidemiología se apeguen a las normas éticas. Que aquellas personas que se dedican a la investigación epidemiológica se responsabilicen de la integridad ética de sus estudios.

La investigación epidemiológica se centra más en la observación, en cuestionarios o entrevistas, en exámenes médicos y algunos de laboratorio y no en métodos invasivos que puedan causar daños a individuos o comunidades. Por lo que las investigaciones en esta área son de dos tipos más frecuentemente que son, a) observación: (corte transversal, casos-control y estudios de cohorte), y b) experimental: ensayo controlado al azahar.

Para llevar a cabo estos estudios se tiene como común denominador que se obtenga el consentimiento informado y garantizar la confidencialidad de los datos; para los primeros es más factible obtenerlo, pero no para los segundos ya que en éstos son grupos de personas que serán sometidas a experimento y es por eso que se distribuyen al azar en grupos (dos o más), en donde uno será el control y otro el experimental. Es posible que como se realiza experimentación en individuos, alguno de ellos podría tener algún daño, entonces es imprescindible obtener consentimiento informado de por lo menos algunos de ellos. (Tabla 2-1).

De acuerdo con la problemática surgida de la observación y de contundentes evidencias de la falta de respeto al ser humano en diferentes estudios de investigación que se realizaron, sin ninguna protección; surgen los diferentes códigos de ética, iniciando con el de Núremberg y el de Helsinki, así como el surgimiento, en 1982, de la Pautas Internacionales para investigación biomédica. Toda esta preocupación fue encaminada a proteger a la persona en forma individual, sin embargo estos códigos no dan un soporte de protección a grupos de individuos o a comunidades expuestos a los estudios de investigación epidemiológica; por lo que estas investigaciones requieren de una evaluación diferenciada.

Tabla 2-1. Tipos de investigación epidemiológica y sus exigencias éticas fundamentales

Tipo de estudio	Consentimiento informado	Confidencialidad	Aplicación de principios éticos*
Observación	Para individuos y comunidades		
Corte transversal	X	X	X
Casos-control	X	X	X
Estudios de cohorte	X	X	X
Estudios de cohorte retrospectivo			
Experimental			
Ensayo controlado randomizado	X**	X	X

*Respeto por las personas. Beneficencia. No maleficencia. Justicia. **No necesariamente de todos los participantes. **Fuente:** Pautas Internacionales para la evaluación ética de los estudios epidemiológicos, CIOMS. 1991.

En la **Tabla 2-1**, se observan los tipos de estudios epidemiológicos que más comúnmente se realizan, ahí se puede observar que todos los estudios deben cubrir las tres exigencias éticas fundamentales como son el consentimiento informado, la confidencialidad y los cuatro principios éticos básicos. Como se ve, los estudios al azar y en estudios de cohorte retrospectivo no necesariamente deberán la exigencia del consentimiento informado ya que se trata de grandes grupos de personas y de historiales médicos.

También se tomará en cuenta que en las investigaciones epidemiológicas, no todos los principios éticos tiene el mismo valor. Por ejemplo, se puede detectar que la confidencialidad de los datos no esta del todo protegido, sin embargo esto se puede soslayar si los beneficios son mayores a los riesgos y que éstos se reduzcan al mínimo.

A continuación se describen las pautas que toda evaluación ética debe observar en las investigaciones epidemiológicas tales como: principios éticos básicos, consentimiento informado, procurar el máximo beneficio, reducir el daño, confidencialidad, evaluación ética y comités de ética.

Principios éticos básicos

En toda investigación biomédica y epidemiológica que involucren seres humanos deberán respetarse éstos cuatro principios: a) respeto por las personas (autonomía y autonomía disminuida), b) beneficencia, c) no maleficencia, y d) justicia. Estos principios deberán tomarse en cuenta importantemente al elaborar los protocolos de investigación desde su propuesta, teniendo en cuenta que pueden tener diferentes pesos en importancia, sin embargo ninguno de ellos debe ser excluido. Uno de los objetivos de las pautas es que estos principios se apliquen en los estudios epidemiológicos.

- **RESPECTO A LAS PERSONAS, AUTONOMÍA**, se refiere al respeto a la libre determinación que tienen las personas. La autonomía disminuida se refiere a aquellas personas que no tienen todas sus capacidades para decidir sobre su vida personal, personas dependientes o vulnerables.
- **BENEFICENCIA**, es el principio que es obligado en toda investigación, el prever el mayor beneficio de los participantes (individuos y/o colectividades). Esto se logra mediante un protocolo bien planteado en donde se reconozcan los riesgos y se minimicen al máximo.
- **NO MALEFICENCIA**, este principio ético protege a los individuos participantes en una investigación, en lo referente a no hacer daño, a no someterlos a riesgos innecesarios.
- **JUSTICIA**, el principio alude a que todos los casos similares se traten de forma equivalente. Para las personas dependientes o vulnerables se aplican las reglas de la justicia distributiva lo cual se refiere a que los participantes, que son representativos de un grupo, obtengan un beneficio y que los beneficiados del grupo, también asuman parte de los riesgos del estudio.

Consentimiento informado

El consentimiento informado individual, lo concede la persona que esta consciente de que participará en una investigación y que asume los beneficios que resulten de ella, así como de lo que debe realizar o no y de los riesgos a los cuales se someterá. Puede no obtenerse el consentimiento informado si es poco factible encontrar a las personas involucradas, o de aquellas que al ser informadas, llegaran a modificar sus conductas, también se puede hacer público que se utilizarán los datos para fines de la investigación epidemiológica.

Consentimiento informado de la comunidad, éste lo otorgará un representante de dicha comunidad o un grupo de ella. Respetando sus valores, tradiciones, cultura y políticas comunitarias o de grupos. Se protegerán los derechos de la comunidad, igual que se hace con las personas individualmente.

En el consentimiento informado puede darse el caso que sólo una parte de la información sea aclarada con el individuo o grupo de individuos, esto es porque al exponer totalmente la información podría haber un sesgo al modificar la conducta en aras de quedar bien con los investigadores.

Los individuos o grupos de individuos que pudieran ser participantes de una investigación no deben ser seleccionados si están bajo la influencia de sus autoridades o de que se les “incentive” con recompensas diversas. Esto, debe ser informado por el investigador al comité de ética para su valoración, si es el caso.

Procurar el máximo beneficio

A los individuos y/o grupos de participantes se espera que se les comuniquen los resultados del estudio y explicitarles el beneficio que tienen sobre su salud o en su caso, en la salud comunitaria, publicando los resultados por cualquier medio a su alcance.

Se debe informar a los participantes que en ocasiones nos es posible obtener datos individuales o familiares de los resultados de la investigación, sin embargo, si es necesaria una atención médica, debe darse asesoría para obtenerla oportunamente.

Los investigadores deben defender que se publique la información que sea de interés público emanada de la investigación.

Las personas o grupos que sean participantes pueden tener la expectativa de que se les otorgara atención médica, sobre todo en países en desarrollo, por lo que el grupo de

investigadores encargados deberán gestionar que reciban atención médica en la localidad o fuera de ella.

También deberá contemplarse la capacitación del personal de salud de la localidad, en beneficio de la población e incremento de la calidad de los servicios de salud.

Reducir el daño

No se debe exponer a las personas o grupos a daños innecesarios; si el beneficio es mayor, entonces se deben reducir al mínimo los riesgos. Siempre los investigadores deberán reportar esto al comité evaluador de ética.

Puede ser que al publicarse los resultados de una investigación surja un conflicto entre la confidencialidad y la divulgación de los datos, esto debe ser contemplados por el investigador, quien a su vez tendrá cuidado de que no se mal interpreten los resultados y así no permitir que se cause daño.

El respeto por las costumbres sociales debe imperar, sin embargo los resultados de un estudio epidemiológico puede beneficiar a la comunidad al provocar un cambio en sus conductas, por ejemplo de alimentación e higiene. Esto debe tomar en cuenta el comité de ética evaluador.

Si se realizan investigaciones de grupos de otros países ajenos al del investigador, éste deberá respetar los derechos de aquellos, aún cuando su propio código de ética se contraponen al del país donde se realiza el estudio.

Confidencialidad

Los investigadores deberán proteger la confidencialidad de los datos obtenidos de las personas o grupos. Hay casos en donde esto no es posible a saber: i) la información *no vinculada*: cuando el investigados no conoce a las personas, ii) *información vinculada*: anónima, el participante no es conocido por

el investigador, No nominal, la información se vincula a un código sin que incluya datos personales. Nominal, se identifica a la persona pero los datos sólo sirven para análisis estadísticos; en este caso, si se requiere usar el nombre de las personas o grupos, es imprescindible que se haga del conocimiento del comité evaluador de ética.

Al realizar una investigación epidemiológica, no debe haber incompatibilidad de interés entre los investigadores y las fuentes de financiamiento. Los comités evaluadores de ética deben estar atentos en el surgimiento de esto y si fuera el caso no se deben aprobar dichos estudios. Los estudios se deben realizar e informar bajo estricta honradez e imparcialidad.

Evaluación ética

En las investigaciones epidemiológicas, en cualquier circunstancia, se deberán respetar la declaración de Helsinki y las Pautas Internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Todos los estudios epidemiológicos (de cualquier naturaleza) deberán someterse a una evaluación ética.

Comités de ética

Los comités evaluación ética pueden ser locales o nacionales, deben tener reglas generales referentes a la periodicidad de las reuniones, establecimiento del comité si asisten la mayoría de sus miembros, toma de decisiones, etc. Estas reglas deben ser conocidas por los investigadores. Es responsabilidad del comité que se asegure que el estudio propuesto haya sido evaluado por colectividades competentes y que se asegure se contemplen todos los atributos éticos. Todos los miembros del comité deben guardar conducta ética. Las evaluaciones éticas deben garantizar que, la investigación tiene

solidez científica; que se respeten las normas de seguridad y calidad en beneficio de los participantes y de los resultados del estudio, se respeten los derechos de los grupos o personas vulnerables.

Independientemente de las características del comité evaluador de ética, los investigadores presentarán sus protocolos de investigación de tal manera que cumplan con los siguientes requisitos:

1. Objetivos, antecedentes y justificación, lo cual primordialmente deberá explicitar porque se llevara a cabo en seres humanos.
2. Diseño minucioso del total de las técnicas y intervenciones.
3. Plan estadístico.
4. Criterios de ingreso y exclusión de participantes y las técnicas para obtener el consentimiento informado.
5. Información para certificar la seguridad de las técnicas e intervenciones.
6. Detallar los posibles riesgos de intervenciones y técnicas, así como los beneficios para los participantes.
7. Demostrar mediante qué procedimientos se obtendrá el consentimiento informado.
8. Demostrar mediante qué procedimientos se garantizará la confidencialidad.
9. Demostrar que el investigador o grupo de investigadores tengan la capacidad y experiencia para llevar a cabo el estudio. Que se tengan recursos apropiados y suficientes.
10. Sujetarse a otras consideraciones éticas que no estén previstas y por último manifestar que se respetará la declaración de Helsinki.

Corolario

En este documento se refirieron los aspectos conceptuales de predominio en ética, se

realizó una distinción entre ética y moral así como ética y ley. Se determinó la ética médica como el actuar, bueno o malo, del médico y que se basa en cuatro principios, que son la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. Con respecto a la aplicación de la ética en el área de la salud, tenemos que, debido a que la ciencia ha tenido avances insospechados apenas hace unas décadas, se a comprometido su aplicación a los estudios de investigación en al nivel mundial.

También es conocido por todos nosotros que en los últimos años se ha fortalecido la deshumanización en la atención médica, por diversas causas. En este tenor la investigación científica biomédica, quien en muchos de sus estudios se realiza con seres humanos ya sea individual o en grupos o comunidades, se ha demostrado que lo que no ha prevalecido es el respeto por los seres humanos. Es por esto que se han creado diversas cartas de organismos mundiales en donde se vela por el respeto a los seres humanos y a su dignidad como tales. Aquí presentamos los códigos, declaraciones y pautas universales los cuales tienen como objetivo principal el recomendar el respeto y dignificación de los seres humanos (individual y

comunidades) que son participantes de los estudios científicos.

Gracias a todos ellos porque ahora nosotros podemos tener una calidad de vida superior. Con base en lo anterior consideramos que, todos los estudios de investigación que se realicen en seres humanos deben ser evaluados por comités evaluadores de ética, sean estos en personas individualmente o en colectividades o grupos de personas, para ello, es que se han creado, por diversos organismos mundiales, códigos, declaraciones y pautas universales con el objetivo de respetar los derechos de los individuos sometidos a estudios de investigación biomédica y epidemiológica, así como respecto a la ciencia y sus implicaciones, entre otros.

Se revisaron los diferentes códigos y declaraciones existentes que dan fundamento ético a las investigaciones y que todos los involucrados deberán someterse a ellos para garantizar la validez científica y calidad de las investigaciones. Todos los investigadores o grupos de investigadores deberán conocer y aplicar estas normas éticas sin importar la naturaleza de sus estudios, siempre respetando los marcos jurídicos de los países involucrados.

Bibliografía

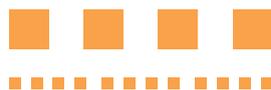
- ABEL F. (1990). Dinamismo del diálogo bioético en una España en transición, *Bol Sanit Panam* 108(5-6):542.
- AMOR VILLAPANDO A. (1995). Humanismo en pediatría. *Rev Sanid Milit Méx* 49(5):101.
- ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS (2009). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Consultado en la página <http://www.unav.es/cdb/intderechos.html>
- ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL (2009). Código Internacional de Ética Médica. Consultado en <http://www.unav.es/cdb/ammlondres1.html>
- ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. (2009). Declaración de Ginebra. Consultado en <http://www.unav.es/cdb/ammginebra1.html>
- ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. (2008). Declaración de Helsinki 2008. Consultada en <http://www.unav.es/cdb/ammhelsinki2.html>
- CALLAHAN, DJ. (1978), citado por Fajardo OG. El legado, el saldo y los modelos de la ética de la atención médica. *Rev Méd IMSS* 29:55.

- CAMPILLO, CH. (1996). Enciclopédico Universo. Fernández Editores. México, p. 240.
- CAMPILLO, CH. (1996). Enciclopédico Universo. Fernández Editores. México, p. 782.
- CARRADA BT. (1986). Reflexiones sobre ética médica. *Rev. Mex Ped*, 221.
- CITADO POR LEÓN F. (2001). Fundamentos filosóficos de la bioética. Bioética, McGraw. Hill-Interamericana, México p. 2.
- CONSEJO DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES DE LAS CIENCIAS MÉDICAS. (2009). Pautas Internacionales para la Evaluación Ética de los Estudios epidemiológicos. Consultado en <http://www.bioetica.uchile.cl/doc/epidem.htm>
- DURANTE MI, SÁNCHEZ RG, RIVERO SO. (2006). Aplicación del razonamiento ético en la clínica. Curso en línea para residentes de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina, UNAM.
- EDITORIAL. (1994). Boletín Comisión Nacional de Bioética. 1(1):2.
- ENCYCLOPEDIA OF BIOETHICS. (1990). *Bol of Sanit Panam*, 108(5-6):369.
- ESCUELA HIPOCRÁTICA (2009). Juramento de Hipócrates. Consultado en <http://www.unav.es/cdb/juramento1.html>
- ESCLAPIO. (2009). Consejos de Esculapio a su hijo. Consultado en <http://www.unav.es/cdb/claconsejose.html>
- FAJARDO OG. (1991). El legado, el saldo y los modelos de la ética de la atención médica. *Rev Méd IMSS*, 29:55.
- FAJARDO OG. (1991). El legado, el saldo y los modelos de la ética de la atención médica. *Rev Méd IMSS*, 29:55.
- GARCÍA RH. (1994). Ética, Medicina y Biotecnología Aplicada. *Boletín Comisión Nacional de Bioética*, 1(1):10.
- GARCÍA-HERREROS HELLAL, LG. (2005). Reflexiones Sobre Moral, Principios, Ética y Valores en la Práctica Clínica, consultado en http://www.abcmedicus.com/articulo/medicos/2/id/155/pagina/1/moral_principios_etica.html
- HERNÁNDEZ AJL. (1991). Ética de la investigación biomédica. El Manual Moderno, México.
- HERZ M. (2009). Oración de Maimónides. Consultada en <http://www.unav.es/cdb/claoracion.html>.
- JONSEN AR. (2000). *A Short History of Medical Ethics*. New York. Oxford University Press. 153 p.
- MACDONALD C. (2009). *Guidance for Writing a Code of Ethics*. <http://www.ethicsweb.ca/codes/coe3.htm>
- MALACARA HJ. (1999). Prólogo XI de Hernández, JL. Ética de la investigación biomédica. El Manual Moderno, México.
- MOLINER M. (1992). Diccionarios de uso del español. *Gredos*, p. 521.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA EDUCACIÓN, LA CIENCIA Y LA CULTURA, Y EL CONSEJO INTERNACIONAL PARA LA CIENCIA. (2009). Declaración de Budapest: Declaración sobre la Ciencia y el uso del saber científico. <http://www.unav.es/cdb/uneciencia.html>
- POTTER VR. (1971), citado por Fajardo OG. El legado, el saldo y los modelos de la ética de la atención médica. *Rev Méd IMSS*, 29:55.
- RIVERO SO. (2004). Ética del ejercicio médico. *Seminario El ejercicio de la medicina*.
- ROY D. (1991). citado por Fajardo OG. El legado, el saldo y los modelos de la ética de la atención médica. *Rev Méd IMSS*, 29:55.
- SGRECIA C. (2000). Citado en Velasco S. Bioética, editorial Piensa, México p. 17-8
- TANUR TB. (1999). Por una medicina humanística. *Revista Conamed*, 4(12):7.
- TRIBUNAL INTERNACIONAL DE NUREMBERG. (2009). Código de Nuremberg. Consultado en <http://www.unav.es/cdb/intnuremberg.html>
- TULLIO AA. (1999). Diccionario Médico-Legal. Abeledo-Perrot Buenos Aires, p. 265.
- TULLIO AA. (1999). Diccionario Médico-Legal. Abeledo-Perrot *Buenos Aires*, p. 89.

- TULLIO AA. (1999). Diccionario Médico-Legal. Abeledo-Perrot *Buenos Aires*, p. 299.
- TULLIO AA. (1999). Diccionario Médico-Legal. Abeledo-Perrot *Buenos Aires*, p. 299.
- UNESCO. (2009) Declaración Universal sobre el Genoma y Derechos Humanos. Consultado en <http://www.unav.es/cdb/unegenoma.html>
- VARGA, A. (1991). Citado por Fajardo OG. El legado, el saldo y los modelos de la ética de la atención médica. *Rev Méd IMSS*, 29:55.
- VEATCH, RM. (1997). *Medical Ethics*, Jones and Bartlett 2nd edition.
- VELASCO M. (1004). La Bioética. *Boletín Comisión Nacional de Bioética*, 1(1):7.
- VILLALPANDO GJ. (1991). Ética médica. *Rev Med IMSS*, 29:5.
- ZANIER JY. (1990). Estado actual y perspectivas de la Bioética en la Argentina. *Bol Of Sanit Panam* 108(5-6):502.

Capítulo 3

Ética para el cambio en el equipo de salud



Dra. María Elena ESPINO VILLAFUERTE
Dra. Ma. Laura RUÍZ PALOALTO

SE HA QUERIDO abordar el término de ética aplicado a un cambio urgente en el sector salud, que beneficie a las personas objetos y sujetos de la atención, de todos los profesionales del equipo de salud, y del que enfermería forma una parte muy importante, para que el **cuidado** que es el ser y que hacer de nuestra profesión, sea cada vez más humano y contribuya a mantener la salud, mejorar la calidad de vida y siempre se lleve a cabo de la mejor manera posible, como lo mencionan los principios éticos, sin embargo para poder obtener la meta de enfermería, sería necesario un cambio de ética en todo el equipo de salud, por lo que el presente capítulo trata de hacer una reflexión a todos los profesionales que conforman este equipo tanto a nivel primario, secundario y terciario de atención, así sobre todo en las políticas de salud, ya que reconocemos que el estado-nación es todavía un factor po-

lítico decisivo en cuanto a la coordinación de un proyecto nacional abierto al establecimiento de políticas públicas, que traten a los profesionistas con la misma igualdad de humanidad, tanto en lo económico, como en la toma de decisiones, acceso de oportunidades, categorías laborales entre otros.

Pues el trato distinto a los profesionales de enfermería inicia desde un servicio social, mal retribuido y no importa que sea un profesional universitario o un técnico profesional o un técnico, la compensación es la misma de inhumana, del mismo modo los salarios profesionales hacen un distingo muy significativo, entre un médico que un licenciado en enfermería, las funciones son de mayor peso para este último profesionista, que para el médico, y si es especialista y el profesional de enfermería es master o doctorante, tampoco hay igualdad de trato digno y humano. De esta situación urgente

de resolver es que nace la inquietud, de realizar el presente capítulo y que hemos nominado *Ética para el cambio en equipo de salud*.

Desarrollo del tema

La ética, es urgente en nuestro quehacer y ser profesional, ya que en todas las profesiones se está dando una amplia discusión, sobre la urgente necesidad de una ética mundial, las voces dominantes en nuestra disciplina vienen más de España y de Colombia que de cualquier otra parte del mundo, la definición de donde se ha escrito más geográficamente no es tan importante, ya que cada país se caracteriza por intereses y decisiones previas. Sin embargo el interés por dar un cuidado humano y ético, se está volviendo insoslayable, lo que nos obliga a ciertos consensos mínimos, de igual manera, la deshumanización que prevalece, la pérdida de valores, entre otros, nos obliga a encontrar una solución a esta urgente y sentida necesidad en enfermería.

En el mercado laboral donde se desempeña enfermería, surgen dos o más polos opuestos, el de dar cuidado a gente que vive en opulencia, que acude al cuidado de su salud a los grandes hospitales de tercer nivel de atención, generalmente particulares, donde se encuentra la más alta tecnología, el personal profesional mejor preparado y que exige un cuidado profesional de calidad, esta humanidad privilegiada se beneficia de los adelantos científicos-técnicos, de la biogenética y de muchos otros adelantos para la salud. Por otro lado, tenemos a la mayoría de las personas que requieren de cuidado y es la clase trabajadora, que acude para el cuidado de su salud a la seguridad social y al seguro popular, que lucha por mantener un *status* razonable y por último una gran parte de nuestra población, que no acude a ningún tipo de institución para el cuidado de su salud, y que es quien más necesita.

Aunado a lo anterior está la crisis del sistema de trabajo, las nuevas formas de producción, cada vez más automatizado y que prescinden del trabajo humano, que es reemplazado por la máquina inteligente, y en el caso de enfermería, por el profesional de primera, que generalmente se creó que es el médico. En consecuencia los puestos desaparecen y los profesionales de enfermería seguimos siendo en algunas instituciones de salud, la dependiente del cuidado médico delegado, surge así un gran ejército de enfermeras con pocas oportunidades de alcanzar otros grados académicos, de mejorar el cuidado que ofrece, por falta de oportunidades, y surgen entonces varias cuestionamientos para enfermería: ¿Cómo continuar o como mejorar el trabajo de un profesional de enfermería, que se distingue por cuidar a una persona cuando a él o ella no la tratan como persona?

Si queremos dar respuesta a esta interrogante tenemos que tomar decisiones colectivas profesionales del área de la salud, que salvaguarden el perfil profesional de las diferentes disciplinas que trabajan en salud y que tienen al mismo sujeto para la atención, a la persona enferma o sana para cumplir una meta propia disciplinar, sin menospreciar a los integrantes del equipo, sino identificarse como iguales, en una línea horizontal, jamás vertical para el mantenimiento de un equipo de trabajo que unido logre una mejor calidad de vida y promueva el estilo de vida saludable y mantengan las condiciones generales para que la evolución de cada disciplina y en especial de enfermería siga el camino que todavía tiene por delante.

Se trata en estos momentos de un mecanismo sumamente desigual, pues privilegia a las minorías que detectan el saber, por antigüedad, porque la sociedad los ha privilegiado, que les ha dado la hegemonía, sobre las grandes mayorías que es el ejército blanco, el profesional de enfermería, que viven de su trabajo, gracias a ello, las minorías

se apropian de la dirección de la atención, y aún está lejos de visualizarse que la administración de un hospital, quede en manos de gente preparada a nivel de doctorado o siendo máster en administración de hospitales, pero que es enfermera (o) se trata esto de una relación de dominio y no de reconocimiento, ni de igualdad de derechos humanos profesionales, se ha perdido la noción de que el ser humano, al igual que cualquier profesionista, está inserto en una gran comunidad bioética, terrenal y cósmica.

Esta contrastación de ninguna manera obedece a una actitud oscurantista ante el saber científico-técnico. Constituye ante todo una crítica a la hegemonía del conocimiento científico-técnico que se ha dado en el sector salud, y la forma en que se ha adquirido, enfermería es una profesión realmente joven, pero que ha ido avanzando a grandes pasos, fue hasta 1967, que inicia como profesión al iniciar la formación de licenciados en enfermería, contra la de medicina que es formada con anterioridad con ese nivel académico, sin embargo, en los años de 1980 surge como especialidad y maestría y en el año 2001 con el grado de doctorado, en menos de 40 años, enfermería está rompiendo paradigmas, que aún no es asimilado por el resto del equipo de salud, y que lo ven como una amenaza lo que implicaría la destrucción de la alianza de convivencia armónica entre los profesionales del área de la salud, a favor de intereses meramente unitarios y poco solidarios. Este proyecto de crecimiento académico y de independencia disciplinar de la enfermería, para los demás miembros del equipo de salud no tiene en cuenta la subjetividad, la autonomía ni la alteridad de los seres humanos y del equipo de salud.

Si el equipo de salud no rompe con este paradigma, sino se inventan unas relaciones más benéficas y sinérgicas, difícilmente conservaremos enfermería la sustentabilidad necesaria para realizar el cuidado humano

que requieren todas las personas sean sanas o enfermas, los integrantes del equipo no comprenderán la necesidad de que enfermería tenga un quehacer independiente profesional, haciendo uso de un método propio disciplinar, del uso de una taxonomía de diagnósticos de enfermería, que tiene el mismo valor y científicidad que la taxonomía de diagnósticos médicos, así como las intervenciones de enfermería en el plan de cuidado, y no sólo lo que él médico le delega en un expediente es lo que puede realizar.

En este sentido pues, deberá establecerse un pacto ético fundamentado, es decir en la sensibilidad humanitaria y en la inteligencia emocional manifestada en el cuidado, la responsabilidad social, la solidaridad generacional, y la compasión, actitudes todas ellas capaces de conmover a las personas profesionales del área de la salud y llevarlas a una nueva práctica histórico-social de enfermería. Es urgente una revolución ética mundial en el área de la salud.

Esta revolución se debería dar dentro de la globalización, ya que entendemos como ética el conjunto de intuiciones, valores y principios que guíen las relaciones de la humanidad sobre todo en la atención a la salud de las personas, y que en el equipo de salud es indispensable el respeto como personas como profesionistas, que comparten una meta la salud para todos, el bienestar y mejorar la calidad de vida de las personas. Ya que según Boff, 2004: “Toda ética nace de una nueva óptica. Y toda nueva óptica surge de una nueva inmersión en la experiencia del ser de una nueva percepción el todo ligado, re-ligado con sus partes y conectado a la fuente originaria de donde emanan todos los entes”.

Antes de iniciar una propuesta de solución creemos que es importante hacer el distingo entre ética y moral, para eso se pueden citar a varios autores. La tomada de una página web, sobre conceptos de ética profesional, consultada el 18 de abril del presente

año, señala: “Que la palabra ética proviene del verbo *ethikos* y que se trata del estudio de la moral y del accionar humano para promover los comportamientos deseables. Una sentencia ética supone la elaboración de un juicio moral y una norma que señala como deberían actuar los integrantes de una sociedad. Y que la ética profesional pretende regular las actividades que se realizan en el marco de una profesión. En este sentido, se trata de una disciplina que está incluida dentro de la ética aplicada, ya que hace referencia a una parte específica de la realidad”.

Cabe destacar que la definición de ética general, no es coactiva (no impone sanciones legales o normativas). Sin embargo la ética profesional, puede estar en cierta forma en los códigos deontológicos, que regulan una actividad profesional. La deontología forma parte de lo que se conoce como una ética normativa y presenta una serie de principios y reglas de cumplimiento obligatorio.

Podría decirse por tanto, que la ética profesional estudia las normas vinculantes recogidas por la deontología profesional. La ética sugiere aquello que es deseable y condena lo que no debe hacerse, mientras que la deontología cuenta con las herramientas administrativas para garantizar que la profesión se ejerza de manera ética.

Para Boff, 2004: “Todas las morales, por muy diversas que sean, nacen de un trasfondo común, que es la ética. La ética sólo existe en singular, pues inherente a la naturaleza humana, que está presente en cada persona, mientras que la moral siempre se manifiesta en plural, pues las formas de expresión cultural e histórica de la ética son muy numerosas”.

Con sólo estas definiciones o conceptos anteriores, podemos decir que la ética no está acabada, que está abierta, ya que se trata de una realidad orientada a un fin. Hacer el bien la ética se relaciona además con valores imprescindibles (como defender la vida, especialmente la del indefenso) y con principios

que establecen acciones como cuidar al que no puede cuidarse. Con esto citamos a Platón que dice: “Mediante el bien podemos llegar a nuestro fin”, para Aristóteles: “El centro de la ética es la felicidad” se podría definir esa felicidad como la autorrealización profesional en su dimensión personal y social, y aquí sería que para el profesional de enfermería, sino se siente realizada, por el ambiente laboral que le rodea, por las injusticias que se dan a su alrededor, no actúa de la mejor manera para dar el cuidado, y eso es en perjuicio de la otra persona que recibe su cuidado.

Y el ambiente administrativo laboral, donde se dan las injusticias, el trato no humano ni profesional, hace que no se sienta realizada o realizado como profesionalista ni aceptado en una sociedad como tal. Lo que se podría traducirse como moral (*mos-moris*) en latín se refiere, precisamente a las costumbres y valores de una cultura determinada, por lo que la moral del equipo de salud es consecuencia de la cultura social y hegemónica que le ha otorgado al médico dicho poder. Y que por años ha imperado en los ambientes laborales del área de la salud. Es común escuchar en nuestros ambientes laborales, esa persona no tiene ética, lo que se traduce que no tiene principios, que actúa de manera oportunista, según las ventajas que pueda obtener; de ella no puede esperarse ningún comportamiento coherente o previsible.

Y cuando decimos esa persona no tiene moral, nos referimos, no tiene virtudes, que miente, que engaña a sus clientes, este comportamiento es muy común, o podemos decir que en muchos ambientes hospitalarios no hay moral, pues en ocasiones o más bien frecuentemente se interviene quirúrgicamente sin tener necesidad, sólo por el afán de ganar más dinero, se cobra demasiado, se roba el material, las medicinas, no hay moral en los ambientes hospitalarios.

Puede suceder que un profesional de la salud, no tenga ni ética, ni moral, es de-

cir que actúa aleatoriamente, conforme a sus intereses más inmediatos, que no tenga principios y persiga ventajas personales.

Enfrentamos ahora una cuestión ética ineludible: ¿Quién determina que es ético y moral para el trabajo profesional del área de la salud? ¿Los códigos de ética profesionales? ¿Los colegios de profesionistas? Ellos establecerán los criterios de bondad o maldad, ya se trate de un médico, o una enfermera, o una trabajadora social, o de las costumbres y valores que prevalecen en un centro hospitalario.

Las tradiciones afirman que es el *logos* la capacidad intelectual y racional del ser humano, adquiere un papel central, pero se deben sumar otros órganos que forman parte de la capacidad perceptiva del ser humano, como la intuición, la simpatía, la empatía, y los sentidos espirituales, especialmente el sentido del cuidado de toda la persona y que es la razón y ser del equipo profesional de salud.

De todo esto surge la necesidad de dar un equilibrio a la nueva forma de ética que debe gobernar el quehacer del equipo de salud, Hegel proyectó su filosofía a partir del sujeto burgués que según él conduce y plasma la historia y Marx, que lo hace partir del sujeto proletarios, sometido al patrón.

Dentro de esta diversidad de las tradiciones, costumbres, culturas existe la urgente necesidad de proponer una ética holística, que beneficie a la persona sana o enferma y que se trate como persona en todos los aspectos, a las personas que conforman el equipo de salud, para superar las contradicciones de negar al otro, los antagonismos, de destruir al otro y asumir perspectivamente una ética globalizante, holística, que permita el enriquecimiento mutuo, el compartir las responsabilidades, para lograrlo, de acuerdo a esta visión, hay que abrir las culturas profesionales y personales, descubrir la oportunidad de enriquecimiento mutuo y de la reciprocidad fundamental, que nadie de los

profesionales tenga el monopolio de la autoridad, de las potencialidades humanas, y todo ello nos llevaría como equipo a salvaguardar la salud de las personas que sería el interés colectivo de este equipo de salud.

Ahora si es necesario hablar de la ciencia humana del **cuidado** por lo que se hace necesario transformar el *pathos* en un proyecto histórico, que englobe la tradición del *logos*. El *logos* y el *pathos* deben ir de la mano. La cabeza y el corazón deben redescubrir que son dos dimensiones del mismo cuerpo, que son las dos caras de la misma moneda, de esta nueva dimensión nacerá el cuidado.

Así afirmamos que el ser humano es esencialmente un ser de cuidado, más que de razón y voluntad. El cuidado es la relación amorosa que el ser humano entabla con la realidad, más, en un momento difícil de su existencia, en un momento de enfermedad, o en un momento cuando pierde a algún ser querido, de ahí la importancia de la ética y de la moral, sustentada en el corazón y en la razón, y que garantiza su subsistencia y crea un espacio para enfermería que haría que nuestra profesión, fuera adelantada en algo que es indispensable y muy demandado por toda la sociedad sana o enferma. Los humanos deben tener cuidado de todo, de su vida de su cuerpo, de su espíritu, de la naturaleza, y para ella el profesional que puede o que su objeto de ser es el **cuidado** es: ENFERMERÍA.

La ética del cuidado es la más necesaria ahora, dado el nivel de descuido, de desatención que pesa como una amenaza sobre el destino del ser humano.

Se ha afirmado que el cuidado pertenece a la esencia del ser humano. Es su modo de ser específico en el mundo y con los demás, ontológicamente a la acción de la razón y la libertad como lo demostraba Heidegger en su obra *el Ser y el tiempo*, y como lo describe Dabar 2002, en su obra *Cuidar la tierra, hacia una ética universal*. El cuidado es una relación amorosa que descubre el mundo con valor. El cuidado expresa la

importancia de la razón cordial. Por tal motivo el cuidado que ofrece enfermería, solo puede sobrevivir si está dotado de amor, desvelos, y atenciones. El ser humano se siente efectivamente involucrado con quien cuida de él, y el profesional de enfermería se siente corresponsable involucrado estrechamente con el destino del otro, del ser humano que cuida. Por eso la atención de la salud debe despertar en todos preocupación y responsabilidad, por tratarnos como personas humanas para darle al objeto y sujeto de nuestro cuidado todo el amor y cuidado que necesita y que necesitamos.

Y como dijo el poeta Horacio: “El cuidado es el compañero permanente del ser humano” en el amor a las personas y a las cosas y en la responsabilidad y compromiso resultantes.

Menciona Boff, 2002: “Sin cuidado, vence la entropía, es decir, el desgaste que sufren todas las cosas a causa del irrefrenable pasó del tiempo; con el cuidado, crece la sintropía, la suave combinación de todos los factores que mantienen y prolongan lo más posible la existencia”.

En el ámbito humano, en lugar de la selección debemos proponer el cuidado, para que todos puedan seguir existiendo y no sean marginados o eliminados, en nombre del interés de ciertos grupos o de un tipo de cultura, que históricamente se ha visto como superior al profesional médico, y que se cuestiona la formación profesional de enfermería: ¿Para qué continuar con mi preparación profesional?, si voy a seguir haciendo lo mismo, para el cuidado del paciente o de la persona, voy a seguir haciendo cuidado médico delegado, y no cuidado humano de enfermería, o proponiendo nuevos modelos de cuidado o creando ciencia para mejorar este cuidado. Y que en varias ocasiones el personal médico pone la ambición por encima de la dignidad de la persona.

El plazo se ha cumplido, la cultura actual tiende a proponer de ser y de vivir,

contrario a la naturaleza y dignidad del ser humano. El impacto dominante de hegemonía médica, la riqueza y el placer efímero sean transformados por encima del valor de la persona, en la norma máxima de funcionamiento y el criterio decisivo en la organización social. Ante esta realidad, se anuncia el valor de cada persona. El creador en efecto, al poner todo lo creado al servicio del ser humano, manifiesta la dignidad de la persona humana e invita a respetarla, si el equipo de salud considerará relevante esta afirmación, se escribiría una nueva ética para el funcionamiento óptimo del quehacer y ser en salud. El señor es el autor y dueño de la vida y el ser humano su imagen viviente, es siempre sagrado desde su concepción, y en todas las etapas de la existencia, hasta su muerte natural y después de la muerte por lo que todas las políticas actuales a favor del aborto y de eutanasia, no son comportamientos éticos, ni morales, y el personal de enfermería, no tiene por que acatarlas sino están dentro de sus principios éticos y morales.

El último atributo que se debe a la vida es una muerte digna y buena, sin tristeza, ni amargura, ni lamento ni temor. Hay que morir con libertad, sin aferrarse a la vida, quedarse dormido dejarse llevar por la corriente, fluir, ir trascender, sin importar las circunstancias de la muerte o de la vida.

Elegir una buena vida es escoger una buena muerte. Morir es parte del drama de vivir: todos mueren pero no todos viven, sino que muchos solo existen, lo cual da realidad a la famosa frase: “La Muerte es más universal que la vida”.

Las instancias de la vida y la misión del equipo de salud, la verdad sobre el ser humano y la dignidad de toda persona humana, forman parte de la fidelidad hacia la vida.

La fenomenología es considerada como la sociología de la vida cotidiana, y Schutz es uno de los representantes más significativo del pensamiento fenomenológico.

Para ubicar un poco **la fenomenología del cuidado**, citaremos el modelo científico de Schutz, quien para comprender el mundo social lo describe a partir de tres principios:

- La íntersubjetividad que es la categoría central para el análisis fenomenológico: “Aquí es donde estoy, donde mis semejantes están, jamás podemos estar en el mismo lugar, en la misma posición, estar hoy aquí o allá”, estamos siempre en relación unos con otros.
- La comprensión para atender al mundo vivido, la ciencia tiene que aprender las cosas sociales como significativas, la familiaridad de las cosas nos permite captar al otro ser individual, y generalizarlo.
- La racionalidad y la internacionalidad o mundo social constituido por actores y actos que obedecen a costumbres, o reglas que nos conducen mejor a un fin o dan buenos resultados o fines.

El cuidado de enfermería, para poder entenderlo aplicarlo en su sentido real, debemos ver su filosofía desde la fenomenología, y Schutz nos da los principios, primero como él menciona hay que ubicarnos cada uno en el papel que nos corresponde, pero construyendo la ciencia de enfermería, ubicándonos en el papel de cuidadores y en el papel del otro, para poder hacer el protocolo del cuidado lo mejor de nuestra profesión y también pensar como me sentiría yo, si yo, estuviera en el papel del otro, es algo que enfermería en México, ha perdido, **la empatía**, Edith Stein, habla de la importancia de este sentimiento en el cuidado, ya que antes nos tachaban de ser la mano derecha del médico, de ser las cuidadoras del enfermo, a quienes le brindábamos cuidados higiénicos, atendíamos sus necesidades básicas de: eliminación, alimentación, abrigo, etc. Y ahora, nos tachan de teóricas, deshumanizadas, indiferentes, pero con buenos grados

académicos, cada vez más lejos prácticamente del cuidado, y más cerca teóricamente del cuidado, de ahí la necesidad de construcción o reconstrucción de la **identidad** de enfermería mediante el cuidado.

Todo lo anterior es consecuencia del sentir propio del profesional de enfermería, al desconocerse como persona y profesional, sin permitirle realizar su quehacer propio disciplinar por lo que en profesional aflora el desánimo, la frustración personal y profesional manifestándose en su falta de ética en la atención de calidad hacia el otro.

El segundo principio que Schutz, presenta es la comprensión de lo más significativo para el otro, reflexionar que le será más significativo al otro, estar cerca de ti, profesional de enfermería, que le hablas apenas, que no le explicas los procedimientos, que no sabe ni cómo te llamas, o con un ser significativo para él, **el cuidado** desde el punto de vista fenomenológico, te exigiría, captar al otro ser, en forma individual, único, irreplicable, con necesidades de cuidado, y que si hicieras la meta de enfermería propia, la captarías mejor, y la podrías generalizar, construirías el cuidado: ¿O lo reconstruirías? Y le permitirías al otro estar con un ser significativo para él.

El tercer principio de Schutz, nos ubica en la racionalidad y la internacionalidad en el caso de enfermería del cuidado, de la persona por el profesional de enfermería, con las rutinas, reglas que obedecen a costumbres, que deben dar buenos resultados o fines.

Categorías sobre el conocimiento fenomenológico, que permitirían la construcción del cuidado:

- Lo vivido y experimentado (no cotidiano), el cuidado dado con conocimiento y amor.
- La epistemología que investiga ese mundo vivido
- El método sociológico para investigarlo

Conclusiones

Para el cambio ético en el equipo de salud es indispensable y urgente, considerar una ética elaborada no solo con la razón sino también con el corazón. Es insoslayable un cambio de cultura del equipo de salud tanto organizacional, humana y espiritual.

La ética del equipo de salud debe de proponer la igualdad y pluralidad entre sus miembros para permitir la coexistencia y desarrollar armonía en el centro laboral.

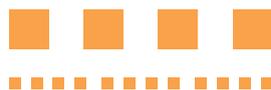
Retomando a Boff, concluimos lo siguiente: “Aquellos que estamos conscientes de la urgencia de estas cuestiones, la historia nos pone la siguiente misión: alimentar la llama sagrada que arde en cada ser humano como una lámpara santa, con el aceite de la veneración y del cuidado esencial. Solo así podremos asegurar que el *Ethos* esencial que habita en el ser humano seguirá siendo su ángel protector y jamás será ofuscado ni restringido de la faz de la tierra”.

Bibliografía

- BEJHAR DANIEL. Un buen Morir. Ed. Pax. México. 2003
- BENAVENT MA, ET AL. Fundamentos de Enfermería. España: DAE. Grupo Paradigma. Enfermería 21;2002.
- BOFF LEONARDO. “Como cuidar la tierra” Ed. Buenos Aires. 2008
- ÉTICA PROFESIONAL, consultada el 18 de abril del presente año 2011
- FUERBRINGER M, ET AL. Enfermería, Disciplina Científica. México: Ed. Universitaria Potosina;1995.
- IYER P. Proceso de Enfermería y Diagnóstico en Enfermería. México: Ed. Interamericana McGraw-Hill;1997.
- JIMÉNEZ R. Metodología de la investigación. Elementos básicos para la investigación clínica. Editorial Ciencias Médicas;1998.
- KÉROUAC S. El Pensamiento Enfermero. España: Masson S.A.;1996.
- LEDDY S, PEPPER J.M. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. Filadelfia: JB Lippincott Company;1997.
- MARRINER TOMEY A., RAILE ALLIGOOD M. Modelos y teorías de enfermería, 4^a ed. Madrid: Harcourt;2000.
- NIGHTINGALE F. Notas sobre enfermería: qué es y que no es. Salvat;1990.
- RODRÍGUEZ J. Fundamentos de Enfermería Especializada. México: Ed. Interamericana McGraw-Hill;1997.
- SHUTZ, ALFRED. Fenomenología del mundo social, Psicología social y sociológica. Ed Paidós. Buenos Aires. 1972
- WAGNER R. Helmut. Fenomenología en las realciones sociales . Textos escogidos de Alfred Zhutz. Zahar editores. Brasil. 1979
- XXI. ASAMBLEA ORDINARIA. Documentos de Aparecida. Conferencia Episcopal Venezolana. São Paulo. 2007

Capítulo 4

Enseñanza y práctica de la ética en el área de la salud



MC Alberto JONGUITUD FALCÓN

AL REVISAR las publicaciones previas de *Ética, bioética y conocimiento del hombre* uno puede percibir que quienes han participado en esta serie están abordando los problemas éticos de nuestro entorno en el siglo XXI, desde un sinnúmero de puntos de vista, en las diferentes profesiones que conforman el grupo de recursos humanos para la atención en salud y con diversos niveles de operatividad.

Estos enfoques incluyen, afortunadamente, una amplia gama de percepciones, que van desde las estrictamente filosóficas, abstractas, hasta la exposición pragmática de problemas cotidianos que los profesionales tienen que enfrentar en su ejercicio profesional. Como ejercicio académico pueden separarse, pero es innegable su indispensable vínculo.

Y con este mismo enfoque, tanto teórico como práctico, es que pretendo realizar algunas observaciones en dos temas:

1. El papel de las instituciones formadoras de recursos humanos para la salud en la

trasmisión de los valores éticos hacia los profesionales que tienen oportunidad de formar.

2. El impacto que tiene sobre la ética de los profesionales el entorno laboral de las instituciones públicas de nuestro país.

Abordar la enseñanza de la ética a los estudiantes del área de la salud y la práctica de la misma en las instituciones de salud, nos remite a dos áreas de la actividad humana que son sumamente apreciadas y lo han sido siempre, me refiero a la enseñanza y la salud, que constituyen en sí mismas dos de los más preciados valores de la humanidad. Cabe comentar que en nuestro país la educación y también la salud, se encuentran consignados en el marco del derecho.

Tanto la trasmisión del conocimiento, como las acciones de atención a la salud, sólo serían la puesta en práctica de apreciables técnicas, si no fuera porque al llevarlas a cabo, tenemos la oportunidad de contribuir

a la realización humana. Y esto ocurre cuando menos en dos formas: al encontrar que ello contribuye a dar sentido a nuestra existencia; y estando conscientes que con nuestra labor hacemos un bien a los demás y sin vanagloriarnos de ello, es indispensable para perfeccionar la incesante obra del hombre.

La educación y particularmente la educación superior, al igual que la salud, son factores del bienestar, se cuentan entre las más altas aspiraciones humanas, ambas tienen profundas implicaciones éticas y tienen una connotación fundamentalmente social, que se hace explícita cuando se acompañan del vocablo “pública”: educación pública, salud pública.

Los trabajadores de la educación pública y la salud pública, estamos obligados a actuar no sólo con transparencia y probidad, para contar con aprobación normativa, sino con sentido humano y trato considerado al paciente y su familia, para contar también con aprobación moral de la sociedad.

En su informe sobre la salud en el mundo (2006), la Organización Mundial de la Salud precisa que ante la compleja problemática del proceso salud-enfermedad: “La responsabilidad más alta de las instituciones formadoras de personal profesional y en especial, de personal de la salud, consiste en formar trabajadores sanitarios competentes, motivados y bien respaldados”.

En estas palabras es fácil advertir la necesidad de contar con profesionales de la salud, que junto con el conocimiento y el dominio de las técnicas y habilidades para la prevención y la promoción de la salud, así como el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, posean los valores y compromiso por el bienestar individual y colectivo que sólo puede obtenerse, a través de la identidad con los más altos ideales humanos.

Los acelerados cambios de los últimos tiempos nos dejan ver claramente una transición en los sistemas de salud: del lado de los prestadores de servicios se imponen la

calidad, los resultados basados en evidencias y el trabajo en equipos multi e interdisciplinarios; del lado de los usuarios, empoderamiento, trato digno y equitativo. Todo esto, se amalgama con conocimiento, pero también con valores y la solidaridad con los que nos reafirmamos en nuestra condición humana y fortalecemos el espíritu.

Creo oportuno, referir un hecho anecdótico. Resulta que el día 13 de noviembre del 2009 fui invitado a realizar la presentación oficial de la publicación *Ética, bioética y conocimiento del hombre* en el Aula “Dr. Nicolás Licona Ruiz”. Es obvio que dicho honor se me concedió muy seguramente influenciado por el hecho de ser catedrático de la materia de Ética Médica en el Instituto de Ciencias de la Salud de la UAEH.

Pues resulta que en mi trayecto a ICSA para acudir a tan relevante evento, observé en una esquina, a un voceador ofreciendo un periódico local que en su cintillo, a 8 columnas decía: **“IMSSS e ISSSTE acaparan quejas en la CDHE”** (Comisión de Derechos Humanos del Estado).

Como catedrático de ética y como Delegado Estatal del ISSSTE, obviamente dicha noticia origina un cuestionamiento personal profundo: ¿Cuál es entonces mi razón existencial, como maestro y como servidor público?

Es decir: en las instituciones prestadoras de servicios de salud, una de las cuales es mi responsabilidad en el estado, los profesionales de la salud encabezan la lista de quejas de la CDHE atribuidas a profesionales de los que yo soy (en buena parte) responsable de su formación ética y de valores en nuestra Universidad.

Quede bien claro que no trato de evadir mi responsabilidad ni de repartir culpas, pero, ¿qué está pasando?, ¿por qué nuestros pacientes tienen estas apreciaciones? Podría decirse que el tipo de derechohabientes genera conflictos y con esta conclusión tratar de minimizar una lacerante realidad.

¿Estamos formando a nuestros profesionales de la salud de manera integral o solo les estamos transmitiendo información técnica necesaria para su desempeño?

Como maestros, ¿qué mensaje o qué imagen estamos transmitiendo a nuestros alumnos? Las palabras convencen, el ejemplo arrastra dice la conseja popular.

¿Quiénes son (somos) responsables de la calidad humana y valores de nuestros alumnos?

¿Son adecuadas, para nuestro entorno en tiempo y circunstancia social, las herramientas que les proporcionamos a nuestros futuros profesionistas?

¿Solo transmitimos conocimientos para que los alumnos puedan ejercer su profesión de tal manera que tengan un ingreso económico digno? ¿Hemos caído en el modelo educativo “productivista” en donde la generación de más y más rentabilidad es el objetivo de la formación académica? ¿Formamos profesionales y técnicos que solamente contribuyan a hacer que los negocios produzcan más utilidades? ¿La prestación de servicios de salud es sólo negocio?

¿La ética médica debe ser una materia que se imparte, al menos en medicina, en el último semestre 2 horas a la semana?, o ¿debemos impulsar la ética y los valores de manera “horizontal” en cada semestre, en cada materia y por cada maestro?

¿Nos preocupa, como maestros, el perfil de profesionales, en su actitud y valores, que estamos entregando a la sociedad?

¿Nos concretamos solamente, como nuestros viejos maestros, a decir que tiempos pasados fueron mejores y que los jóvenes de ahora no llenan las expectativas de profesionales de la salud íntegros?

Nuestra Universidad, pública y prácticamente gratuita, ¿puede sentirse igualmente satisfecha de los conocimientos y competencias adquiridas, así como de la solidez moral de sus graduados?

Por otro lado

Las instituciones de salud que representan nuestro mayor campo laboral, ¿son los espacios donde los valores aprendidos por los estudiantes, se reafirman y acrecientan?, o por lo contrario, ¿han minado la personalidad y los valores de los profesionales de la salud? si esto último es lo que curre ¿por qué lo hemos permitido?

¿El comportamiento del médico para con el paciente es distinto en consultorio institucional que en la práctica privada?

¿El salario institucional, que se considera siempre insuficiente, es pretexto para atender con mala calidad?

¿Estamos conscientes que en este país, nos guste o no, las instituciones públicas eso es lo que pueden pagar?, o ¿somos engañados en relación a nuestro salario cuando nos contratamos en las instituciones públicas?

¿Tenemos bien presente que en nuestro trabajo institucional, ese es el salario, y esos (y no otros) son nuestros pacientes y esas son las condiciones bajo las cuales nos contratamos?

¿Es más ético prevenir un padecimiento que atenderlo? ¿Es suficiente el énfasis que le damos a la prevención en nuestra práctica diaria?

No pretendo hacer una interminable relación de cuestionamientos, no es esto el MURO DE LOS LAMENTOS.

Por el contrario, afortunadamente puedo mencionar que siempre han existido, siempre existen y siempre existirán profesionales de la salud conscientes de que han elegido el camino del servicio como forma de vida.

Profesionales de la salud que saben muy bien que pueden vivir con falta de conocimiento científico en alguna materia, un ortopedista puede que no sepa los mecanismos del trabajo de parto, o que un cirujano (perdón) no sepa que es la amaurosis, o que un internista no tenga la más remota idea de

cómo diferenciar una hernia inguinal directa de una indirecta.

De hecho así sucede. Un médico puede ser exitoso y no existe la necesidad de que lo sepa todo, lo que además es imposible. Puede carecer de conocimientos y habilidades que quizá nunca se hagan ostensibles, sin embargo, no puede existir un buen médico sin valores éticos. Esa carencia sí que se percibe por la sociedad.

Nuestras instituciones formadoras de recursos humanos para la salud deben, de manera permanente, buscar congruencia entre los perfiles de los profesionales que egresan con la realidad social, cultural, económica, epidemiológica de nuestro entorno. Necesitamos profesionales de la salud para hoy y para aquí.

La atención sanitaria es una industria de servicios basada fundamentalmente en el capital humano, donde los proveedores de atención de salud personifican los valores esenciales del sistema social: curan y atienden a las personas, alivian el dolor y el sufrimiento, previenen enfermedades y mitigan los riesgos; los profesionales de la salud son el vínculo humano entre conocimiento y acción sanitaria.

Necesitamos formar profesionales para atender mexicanos, para atender derechohabientes y población sin seguridad social, para mejorar las condiciones de vida a través de la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud de nuestra comunidad.

Necesitamos formar profesionales cuyo perfil les permita ser reconocidos como líderes y guías de la sociedad a la que tenemos la oportunidad de servir.

Conclusiones

La primera es que, valga la paradoja, hay más cuestionamientos que conclusiones.

Mi segunda conclusión es que, estos y todos los demás cuestionamientos que se puedan hacer en torno, tienen una infinita

posibilidad de respuestas, por ello mi interés de ponerlos en la mesa, compartirlos y de ser posible, recibir sus comentarios a las interrogantes que he expuesto.

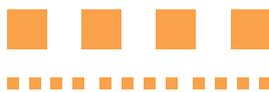
La tercera conclusión es que en esta inmensidad de respuestas, existen desde luego hilos conductores y aquí quiero destacar que es condición humana distinguir entre lo que nos conviene y lo que no. Esto no es tan simple, sobre todo porque suele haber discrepancias entre lo individual y lo particular, lo que le conviene a uno, puede no tan solo no convenir a otros sino afectarlos y entonces lo conveniente se debe relacionar con aquello que traiga consigo el bien propio y de los demás. Distinguir entre lo bueno y lo malo es algo que todos debiéramos intentar alcanzar.

La formación de profesionales de la salud no debe estar exenta de una formación en valores humanos y ajustarse a códigos de ética profesional y por otra parte, la formación ética sólo se manifiesta ante la vida misma, no tiene una moral intachable aquel que pregona sobre hacer el bien, sino aquel que pudiendo obrar en su conveniencia y causando perjuicio a otros, prefiere no hacerlo.

El comportamiento ético en el campo de las instituciones de salud no carece de referentes ni es algo que quede para cumplirse o no a título personal, basta decir que al inicio de este nuevo siglo, Julio Frenk sintetizó en tres, los grandes retos del Sistema Nacional de Salud: la protección financiera, la equidad y la calidad. El tercero de estos, la calidad, significa que la actuación de los trabajadores de la salud debe cumplir con requisitos técnicos pero también con buen trato al paciente y su familia y ello implica amabilidad, consideración y respeto a su dignidad humana y están expresadas las formas de cumplirse; lo más seguro es que la falta de estos atributos, es lo que genera la inconformidad de los pacientes al grado de denunciar, en algunos casos, ante la CDHE, como lo referí párrafos antes.

Capítulo 5

Ética en la investigación en ciencias sociales y de la conducta: lineamientos en torno a la conformación de un comité ético



Dra. Melissa GARCÍA MERAZ
Mtro. Arturo DEL CASTILLO ARREOLA

EN SU ESTUDIO clásico realizado en 1963 sobre autoridad, Stanley Milgram llamó la atención de la comunidad de psicólogos sobre algo que, hasta entonces, había sido ignorado por los profesionistas de las ciencias de la conducta y las ciencias sociales en general: la ética en la investigación. En el estudio de Milgram, los participantes tomaban el papel de maestros, mientras que confederados asumían el papel de alumnos. Cada vez que el “alumno” se equivocaba en la tarea, el “maestro” debía aplicar una descarga eléctrica. Increíblemente, dos tercios de los participantes infligían dolor a los confederados. Esta obediencia a la autoridad — aún por encima del dolor y la integridad de los participantes — aumentaba considerablemente cuando el experimentador estaba presente y cuando los participantes observa-

ban que otros compañeros seguían las órdenes sin revelarse.

Si bien los participantes no sufrían daño, ya que se encontraban en complicidad con el investigador, lo cierto es que el estudio abrió un amplio debate entre los científicos. De acuerdo con Baumrind (1965) aunque no existía un peligro de daño físico o muerte, los participantes fueron expuestos, de manera innecesaria, a estrés psicológico emanado de tener que seguir la orden de la autoridad, con posibles consecuencias tales como la disminución de la autoestima, la dignidad, e incluso, la pérdida de confianza ante la autoridad.

Otro estudio que llamó la atención de los psicólogos fue el realizado por Philip Zimbardo en la prisión de Stanford en 1971. En este experimento, alumnos de

Zimbardo asumen los roles de prisioneros y custodios llegando a comportamientos impensables. Los custodios abusan y someten a los prisioneros, quienes pronto caen en el juego de la autoridad desmedida.

A más de treinta años de la realización de los estudios en la prisión de Stanford y aún más de los estudios de Milgram, Zimbardo realiza una obra dedicada a reanalizar y reconceptualizar las consecuencias de aquellos experimentos. Para Zimbardo, *The Lucifer Effect* (2007) es un intento por comprender por qué las personas que, en principio, podríamos describir como comunes y buenas, son capaces de llegar a hacer cosas que describiríamos como crueles o malignas. ¿Por qué las personas realizan actos que podríamos llamar inhumanos, ocasionando en muchos de los casos daño, destruyendo la autoestima y el ser de personas sanas, e incluso, en los casos más extremos, llegando al asesinato?

Pero más aún, los estudios de Milgram y Zimbardo son relevantes, no sólo porque cuestionan la naturaleza humana bajo la autoridad de alguien o bajo una situación extrema sino, además, porque cuestionan la labor del experimentador. ¿Es necesario someter a los individuos a presión extrema a favor de la investigación?, ¿pueden los investigadores someter a los individuos a situaciones donde puedan provocar daño a otros, comportándose de manera cruel e incluso maligna?, ¿puede el fin de la investigación —obtención de conocimiento, publicaciones, etc. — justificar los medios utilizados?

En la actualidad, y a diferencia del pasado, existen diversos códigos que guían la práctica del psicólogo. En México, el Código Ético del Psicólogo guía a los profesionistas en la realización de una práctica ética, tanto en la investigación como en la consejería. Dentro de la investigación psicológica la importancia de un código y un comité de ética son tan relevantes que algunas revistas de alta calidad científica —como *Salud Mental* editada por el Instituto Nacional de

Psiquiatría— piden a sus posibles autores, la certificación de un comité ético que respalde su trabajo. Preguntas básicas acerca de como los participantes deben ser tratados por los investigadores, que preguntas se pueden realizar, hasta donde debe llegar el cuestionamiento de los investigadores, etc.; son algunos de los tópicos tratados.

Muchas instituciones de investigación y enseñanza conforman comités de expertos en la profesión y en la ética que sean capaces de respaldar la calidad ética de la investigación. Estos comités cuentan con reglas y tópicos a evaluar en cada investigación. Dada la importancia de estos temas, este artículo pretende sentar las bases para la conformación de un comité de ética en la investigación en ciencias de la conducta, humanidades y ciencias sociales. El capítulo inicia con una breve descripción sobre el surgimiento de los comités de ética y su importancia en estas disciplinas, seguida de una propuesta que describe una serie de tópicos que los miembros del comité deben tomar en cuenta al evaluar un protocolo de investigación.

El surgimiento del comité de ética

Diversos fueron los horrores cometidos por los seres humanos durante la segunda guerra mundial. Recordemos que bajo el régimen Nazi, los investigadores sometieron a los prisioneros a situaciones que los llevaron al sufrimiento y, en muchos de los casos, a la muerte. Bajo ese modelo, las personas se convertían en “víctimas” de los investigadores más que en “participantes”. Dados estos horrores diversas naciones se unieron para crear lo que hoy conocemos como el código Nuremberg (1949/1964). El eje principal de este código es garantizar —por sobre todas las cosas— el consentimiento voluntario de los individuos a participar en estudios científicos. Es aquí donde nace la idea del consentimiento informado.

DuBois (2006) afirma que si bien el código Nuremberg está dedicado a la experimentación médica, poco dice acerca de la investigación en ciencias de la conducta y sociales. Habría que esperar años más tarde, la implementación de códigos específicos a las ciencias sociales.

En 1964, emanado del código Nuremberg, se crea la declaración de Helsinki, adoptada en 1964 por la Organización Mundial de la Salud (OMS). En 1974 en los Estados Unidos se avala la *National Research Act*, y es aprobada por el congreso para crear la *National Commission on Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*. En 1979, la comisión da a conocer el reporte Belmont (*Belmont report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*). Algunos años más tarde, a través de la *National Research Act* se ordena a todos los institutos que dirigen investigación a crear en su interior comités de ética. Estos comités llevan el nombre de *Institutional Review Boards (IRBs)*.

Los *IRBs* son comités creados en cada institución dedicada a la investigación, tienen el deber de aprobar los protocolos de investigación que pretendan realizar investigación con seres humanos. Estos comités toman cartas en asuntos tales como el consentimiento informado, el control de daño potencial, los beneficios y recompensas que los participantes obtendrán emanados de la investigación. También disculpan a algunas investigaciones de no utilizar el consentimiento informado cuando aplican instrumentos anónimos u observaciones naturalistas ya que no plantean el riesgo de reconocimiento de los participantes.

Hacia la conformación de un comité de ética en investigación

A menudo estamos acostumbrados a realizar investigaciones sin dejar un espacio relevan-

te para las consideraciones éticas. Dentro de los protocolos de investigación, el método es una parte fundamental que comprende los pasos que seguiremos dentro de la investigación y que nos llevarán a realizarla de una manera adecuada. Los planteamientos éticos deben considerarse dentro de este procedimiento. Lo más relevante es que la ética se encuentra dentro del proceso, de los medios que nos guían a obtener cierto resultado. Es así que debemos contemplar aspectos relacionados a los participantes, la técnica o técnicas que utilizaremos para obtener información, la forma en la cual se tratarán los datos y, finalmente, la manera como se darán a conocer los resultados. El objetivo general de la investigación siempre será el fin, mientras que el procedimiento será el medio que utilizamos para llegar a este objetivo. De acuerdo con Oliver (2003), la ética es fundamental para diferenciar entre los medios y los fines.

La ética es tan relevante que diversos programas de estudio incorporan al menos una materia relacionada a la ética en la investigación, la práctica profesional y la relación con otros profesionistas. Todas las investigaciones deben contemplar que los medios no dañen a los participantes. Es así que la ética implica la valoración de los medios utilizados durante la investigación, si son potencialmente dañinos para los participantes y si exceden el costo de lo que se va a obtener.

De acuerdo con Rest (1994), es relevante reconocer que la enseñanza de temas éticos es fundamental en el ambiente universitario. Para ello, debe existir un acuerdo entre expertos en cuanto a las posiciones éticas. De esta manera, los estudiantes serán capaces de sostener una postura ética y tomar las decisiones correctas durante su ejercicio profesional.

Cinco aspectos deben tomarse en cuenta en todas las investigaciones: 1) ningún fin justifica los medios, 2) toda participación

debe ser voluntaria, 3) todo participante debe estar informado sobre la investigación, 4) ninguna intervención del investigador debe causar más daño del que ya estaba presente y 5) el investigador debe ofrecer a los participantes en reciprocidad tanto como lo que él obtiene. Tomando esto en consideración cada paso de la investigación debe contemplar ciertos aspectos que serán evaluados por el comité de ética. La **Tabla 5-1** muestra una propuesta de aspectos a considerarse dentro de un protocolo de investigación construido en base a las propuestas de Oliver (2003) y Kitchener y Lawrence (2000) seguido de una explicación de cada tema y subtema.

Detalles relacionados a los encargados de la investigación

Investigadores. Toda investigación sometida a un comité de ética debe especificar

el número de investigadores que participarán en el proceso. Es relevante informar al comité de ética sobre la trayectoria de los investigadores, formación, publicaciones, reconocimientos y grados académicos. Es particularmente relevante enunciar el área de especialidad de cada uno de ellos y de qué manera contribuirán al estudio.

De acuerdo con Mackintosh (2005) y Sieber (1996) es importante que el investigador tenga una amplia experiencia en el tema de investigación. De esta manera, será capaz de plantear no sólo los procedimientos adecuados a la investigación, sino que podrá anticipar los posibles daños a los participantes emanados de la investigación, delimitándolos al menor riesgo posible.

De igual manera, los investigadores en el estudio deben entender claramente sus deberes, derechos y restricciones. Por ejemplo, supongamos que un investigador decide realizar un estudio sobre identidad y

Tabla 5-1. Propuesta de aspectos éticos a tomar en cuenta dentro de los protocolos de investigación

1. Aspectos éticos de la investigación
 - a) Detalles relacionados a los encargados de la investigación
 - b) Investigadores
 - c) Alumnos
 - d) Institución
2. Fundamentación social
3. Aspectos relacionados a los participantes
 - a) Como serán reclutados los participantes
 - b) Recursos para una retribución económica
4. Procedimiento para la recolección de los datos
 - a) El consentimiento informado
 - b) La técnica que se utilizará para reunir la información: entrevistas, instrumentos psicométricos, grupos focales, etcétera
 - c) Quién tendrá acceso a los datos en original y quien en anónimo
 - d) Donde se llevará a cabo la investigación
5. Análisis de datos
 - a) Tipo de análisis de datos serán utilizados
 - b) Quienes serán los encargados de analizar los datos
 - c) Como se mantendrá la confidencialidad de los datos
6. Divulgación de la investigación
 - a) Tipo de publicaciones

autoestima en jóvenes universitarios y decide invitar a participar a dos investigadores más. Como colaboradores se dividen el trabajo teórico y aplicado, así mismo, concuerdan en publicar juntos, quedando el primer investigador como autor principal y los dos siguientes como coautores. Los investigadores han llegado con ello a un acuerdo que les permitirá comportarse de una manera ética con referencia a la conducción del estudio.

De acuerdo con McGue (2000) dividir las tareas dentro de un proyecto de investigación no es una tarea fácil. La autoría de un artículo de investigación contempla más tareas que sólo recolectar datos, mecanografiar o conducir análisis estadísticos rutinarios, para ello, se debe participar en tareas intelectuales, estadísticas, metodológicas y, sobre todo, de escritura. Sin embargo, si una persona participara únicamente en la captura de unos datos, debe quedarle claro que para participar como autor de un artículo de investigación, debe contribuir en la redacción del mismo, debe de participar en la elaboración intelectual. De igual manera, el coordinador general del proyecto debe tener claras las intenciones de autoría o no, de los demás investigadores que participan en el proyecto.

Seguir estas recomendaciones evitará que los participantes en el estudio confundan sus derechos y responsabilidades, así como el reclamo por el crédito del trabajo de otros o, en el peor de los casos, cobrar autoría por el trabajo de otros.

Alumnos. También debe especificarse cuantos alumnos participarán en el estudio y que tareas llevarán a cabo. Por ejemplo, el reclutamiento de los participantes, la recolección y análisis de datos, etc. Todos los alumnos deben estar en constante supervisión de los investigadores. Además, se debe informar acerca de su trayectoria y los beneficios que obtendrán de su participación en el estudio, en términos académicos, monetarios y de formación, como realizar su trabajo de tesis

o cumplir con los requerimientos de su servicio social.

Sieber (1996) menciona que los investigadores encargados del estudio deben especificar a los alumnos cuales serán los beneficios que obtendrán de la investigación, en términos tanto académicos como monetarios. Debe quedar asentado en el protocolo si existe alguna beca o apoyo económico ofrecido por la universidad o por alguna otra institución a los alumnos participantes, evitando así conductas poco éticas como el desvío de recursos en beneficio de los investigadores o un tercero implicado, así como el incumplimiento en el pago oportuno.

Institución. Dentro de las especificaciones del proyecto debe anotarse la o las instituciones que participarán; al igual que en los casos anteriores, se incluye la trayectoria de la universidad. Sieber (1996) menciona que en el caso de la investigación biomédica, los comités de ética requieren que los participantes sean compensados por las posibles lesiones emanadas de los estudios. En el caso de la investigación social, la ética prescribe que los investigadores deben anticipar cualquier daño y evitarlo. El grupo de experimentación social recomienda que exista un seguro contra accidentes que proteja a investigadores y participantes. A diferencia de la investigación biomédica, donde los daños físicos pueden presentarse, la investigación social está marcada por daños psicológicos o emocionales sobre los participantes. En estos casos, se recomienda que aquellos participantes que hayan sufrido algún tipo de daño, sean compensados con tratamiento terapéutico o asesoramiento de un profesional.

Fundamentación social

Todos los protocolos de investigación deben justificar la relevancia social del estudio. Los comités de ética en los Estados Unidos enfatizan que los medios por los cuales se ob-

tendrán los resultados no sean dañinos. Sin embargo una investigación ética también debe contemplar la calidad y pertinencia del estudio. Debe especificar que beneficios tendrá para la sociedad y para los participantes.

Detalles relacionados al procedimiento de la investigación

Cómo serán reclutados los participantes. La Asociación Americana de Psicología (APA, 2002) prescribe que el término “participantes” es el correcto para referirse a las personas que tomarán parte de la investigación. Para Oliver (2002), este término es mucho más adecuado que sujetos, entrevistados o respondientes, dado que refiere a que la persona realmente participa en la investigación. El término sujeto, en cambio, implica una pasividad de la persona.

Muchas investigaciones tienden a asignarles a los participantes un rol pasivo, siendo que son ellos los pilares de la investigación. El investigador tiene un papel fundamental, pero no es el único. En realidad ninguno de los dos tiene un papel menos importante, sólo diferente. Una buena investigación necesita de ambos roles para poder desarrollarse de una manera adecuada. Por ello, toda investigación ética debe reconocer el papel activo de los participantes.

De acuerdo con Parker (2002), tendemos a tratar a los participantes como objetos, justificándonos en una postura “objetiva”, cuando en realidad tratamos temas que son cualitativos y subjetivos. No importa si utilizamos técnicas cualitativas o cuantitativas, las personas involucradas en la investigación deben ser tratadas como participantes.

Para Oliver (2002) esto no quiere decir que el participante diseña la investigación o que debe tomar parte del papel del investigador. Cada uno debe tomar su papel particular. La entrevista a profundidad da un claro ejemplo de lo anterior. El proceso de la entrevista cualitativa o a profundidad no

debe entenderse como un investigador preguntando y un sujeto pasivo contestando, una a una, las preguntas. Por el contrario, entrevistador y entrevistado deben entablar una conversación, un diálogo. Sin embargo, esto no implica que el papel del participante sea guiar la investigación o usurpar el papel del investigador, por el contrario, si bien es una conversación, siempre debe existir el énfasis del investigador preguntando y el participante contestando. La conversación se crea cuando el investigador toma las respuestas del participante y las vuelve preguntas, toma nuevos caminos hacia donde llevar la conversación, siempre tomando en cuenta al participante.

Un ejemplo más, tomado de la antropología, indica el papel definitorio de investigador y participante. El trabajo de campo típico de la antropología implica realizar entrevistas, historias de vida y observación participante, entre otras técnicas. Malinowski (1975) definió la observación participante como una forma de interacción entre investigador e investigado. Un trabajo de campo bien realizado sólo puede darse cuando el investigador convive de manera cercana con la comunidad, vive donde ellos viven, come lo que ellos comen, realiza las actividades que ellos realizan, etc. Durante mucho tiempo los antropólogos se pronunciaron a favor de que el trabajo de campo y la observación participante fuesen realizados de manera estricta, viviendo en el mismo lugar que los participantes por más de un año, visitando como ellos, comiendo lo que ellos, etc., con la finalidad de aprender su lenguaje y aprender más sobre su forma de vida. Los antropólogos se encargaban de encontrar a aquellos miembros de la comunidad que por ciertas características —ser líder de la comunidad, ser el mayor, haber vivido durante la comunidad por más tiempo que cualquier otro, tener cierto estatus social, etcétera— eran considerados informantes clave. Estos informantes eran los encargados de dar ma-

mayor información sobre la comunidad o grupo estudiado y ayudar al antropólogo en su inserción en la comunidad.

Dadas las premisas de la observación participante y el trabajo de campo, pronto algunos miembros de la comunidad y, en especial, los informantes claves, se dieron cuenta que ellos podían reflejar el sentido de la comunidad, mejor de lo que lo hacían los propios antropólogos, ya que ellos no necesitaban aprender una nueva lengua o destinar dos o tres años a conocer la cultura estudiada. Por ello, los informantes comenzaron a tomar el papel del investigador. Una gran polémica se desarrolló a partir de estos estudios. ¿Los informantes clave, podían en realidad tomar el papel del investigador?, si los informantes podían recoger los mismos datos que los antropólogos e, incluso, hacerlo mejor, entonces, ¿qué le daba el papel de investigador al antropólogo? Algunas de las respuestas a este debate implicaban la crítica a la observación participante, si bien el antropólogo debía tomar parte en la interacción con los informantes, debía también poner atención a la diferencia entre su papel como investigador y el de los participantes. Ningún papel era menos importante que el otro, pero si debían establecerse límites precisos. El antropólogo debía remarcar su papel dentro de la investigación, creándola, definiéndola, pero —sobre todo— siendo el analista que llevase la teoría a la práctica y la evidencia empírica de vuelta a la teoría.

El trabajo de la antropología contemporánea mostró que los antropólogos podían realizar trabajo de campo en sociedades similares a la suya, e incluso, la suya propia. No era necesario trasladarse a sociedades lejanas, la antropología podía realizarse en la urbe, definiendo el trabajo del investigador como fundamental e indispensable.

Es así que se debe dar un papel fundamental a los participantes y a los investigadores. Cuando los participantes provienen

de grupos vulnerables tales como menores de edad, niños pequeños, personas de edad avanzada, con alguna enfermedad mental, o que padecen alguna enfermedad crónico-degenerativa, se debe ser especialmente cuidadoso. Aunque en la actualidad, instituciones de ética alrededor del mundo prefieren tocar el tema de la falta de una habilidad, o tipo de vulnerabilidad específica. Por ejemplo, de acuerdo con DuBois (2006), el *National Bioethics Advisory Committee (NBAC)* enfatiza la vulnerabilidad comunicativa, médica, económica e incluso social que pueden poner en desventaja y riesgo potencial a los participantes. Si la persona se encuentra en una posición social desventajosa o estigmatizada, el estudio puede recalcar estas diferencias o prejuicios y causar daño a la persona, en términos de una mayor estigmatización o daño psicológico.

Recursos para una retribución económica. Algunas investigaciones cuentan con los recursos necesarios para ofrecer a los participantes una retribución por el tiempo y dedicación invertidos. Esta retribución económica puede variar de investigación en investigación, ya que depende del financiamiento del proyecto.

Nada hay de extraño en estas compensaciones económicas. Sin embargo, antes de realizarse la investigación, todos los participantes deben tener claro si se dará o no dicha retribución y, de haberla, de que tipo y monto será. Incluso puede haber una retribución económica que compense gastos de transporte, alimentos, hospedaje o de algún otro tipo, si es que la investigación así lo requiere. Sin embargo, es cierto que muchas instituciones no cuentan con los recursos suficientes para otorgar una compensación económica a los participantes. Es por ello que los participantes deben conocer de manera certera los lineamientos de la investigación, comprometiéndose con ella y llevándola a término. La retribución econó-

mica debe especificarse dentro del consentimiento informado.

Mackintosh (2005) recomienda que en el caso de aquellos participantes que hayan sido reclutados en una clínica o institución de salud sea mejor no utilizar una retribución económica, ya que esto podría tomarse como una presión o coerción para participar en la investigación.

Existen otros tipos de retribución no monetaria. De acuerdo con Rae y Sullivan (2003) en las investigaciones clínicas, los investigadores pueden ofrecer una compensación en forma de servicios clínicos tales como sesiones o evaluaciones gratuitas. La retribución también puede darse en términos de beneficios académicos, intelectuales o de asesoría.

Procedimiento para la recolección de los datos

El consentimiento informado. El consentimiento informado implica que todos los participantes están informados acerca del procedimiento de la investigación y acuerdan, de manera voluntaria en participar. Este consentimiento se volvió fundamental con la publicación del código Nuremberg.

En psicología, el consentimiento informado se puede obviar en investigaciones con instrumentos psicométricos de auto-reporte, observaciones naturales y encuestas donde el anonimato esté totalmente garantizado, ya que no existe peligro de reconocimiento o daño hacia el participante.

De acuerdo con Kitchener (2000), el consentimiento informado es fundamental porque garantiza los derechos de los participantes; implica que sus derechos son protegidos sobre la base de que ellos mismos toman la decisión de participar o no en una investigación, sabiendo los beneficios y costos potenciales de su participación. Para el autor, lo más importante es que los investigadores pueden prevenir los daños asociados a la investigación, minimizan-

do las situaciones potencialmente dañinas, responsabilizándose de ayudar o, al menos, de no causar más daño del existente. Mientras que los participantes deciden lo que es mejor para sus intereses y, con ello, pueden evitar situaciones que podrían traerles algún perjuicio evitando así, el azar.

Se acuerdo con Kitchener (2000) varios principios guían el consentimiento informado: la fidelidad, el beneficio y la evitación del daño. Muchos códigos de ética se basan en estos principios resaltando el hecho de que los resultados deben obtenerse a un costo mínimo para la sociedad, tratando siempre de maximizar los beneficios que obtendrán los participantes. Investigaciones diseñadas bajo estos principios producen resultados válidos que no causan efectos dañinos sobre los participantes. De acuerdo con Sieber (1996), los riesgos dentro de la investigación suelen ser psicológicos, jurídicos, físicos y económicos.

El consentimiento informado es clave en la investigación en psicología. Existen varios temas que deben ser tomados en cuenta en el consentimiento. Para Kitchener (2000) y Sieber (1996) existen varios temas que deben ser tomados en cuenta en el consentimiento:

1. Información relevante sobre la investigación, es decir, el responsable operativo, la institución que respalda la investigación, etcétera.
2. Se debe garantizar el anonimato y que la información será confidencial.
3. La libre participación en el estudio, esto implica que el participante puede decidir hasta dónde lleva a cabo la investigación. Es decir, en cualquier momento de la investigación puede dejarla, sin coerción, ni amonestaciones por parte del equipo de investigación. Los participantes deben reconocer que el no terminar la investigación, los excluye de algunos beneficios que si ob-

tendrán aquellos que la terminen, pero nunca debe ser usado como coerción para participar o proseguir con la investigación. Además, pueden obtener los beneficios que se ofrecieron hasta donde haya llegado su participación.

4. Quienes serán los encargados de la investigación.
5. El uso que se de a la información, por ejemplo se aclara a los participantes que el consentimiento informado y sus datos serán tratados por distintas personas con el objetivo de evitar que los datos se relacionen con algún nombre, así como quienes serán los encargados de capturar y analizar los datos.
6. Como se publicará la información: informes técnicos, ponencias en congresos, manuales, divulgación científica, publicaciones nacionales y/o internacionales.
7. Si existe un comité de ética que haya respaldado el estudio debe anotarse el nombre, el número de autorización y como contactar a la organización.
8. El nombre del investigador principal y la manera en la cual contactarlo antes, durante y después de terminada la investigación.

De esta manera, de acuerdo a Handelsman (1995), el consentimiento informado cumple con diversas funciones: 1) permite a las personas tomar participación voluntaria basada en información, 2) los protege de daño al evaluar el potencial de una investigación, 3) establece las bases de confianza y respeto entre los investigadores y los participantes y 4) permite a los profesionales evitar la mala práctica.

La forma en la cual debe estar redactado el consentimiento informado es fundamental. Aunque el participante debe estar “bien informado”, esto no implica que se entere de todos los aspectos técnicos de la investigación. Sin duda, esto lo confundirá

y quizás le reste interés en participar en la investigación. Recuerde que estar informado, no implica que participantes e investigadores intercambien sus papeles dentro de la investigación. Oliver (2003) aclara que la mejor manera de lograr el consentimiento es escribiendo información estándar sobre la investigación, asegurándonos que todos los participantes la conozcan y comprenden de manera adecuada. Por supuesto, el consentimiento debe estar redactado en la lengua nativa del participante, de manera sencilla y clara, evitando un vocabulario que pueda resultar ofensivo o que pueda llevar a malas interpretaciones.

Decidir qué redactar en el consentimiento es una tarea compleja. Si escribimos demasiado en el consentimiento informado, más que informar, confundiremos a los participantes. De igual manera, el exceso de información no garantiza una mejor comprensión. De acuerdo con Kitchener (2000), diversos estudios han mostrado que entre más información se de a los participantes menor es la comprensión del estudio.

Recordemos el estudio de Milgram, los participantes fueron asignados al papel de maestros; mientras que “confederados” hacían el papel de estudiantes. Cada vez que los “alumnos” tenían un error en una tarea particular, los “maestros” debían apretar un botón que enviaba una descarga eléctrica a los “alumnos”. Dado que los “alumnos” estaban en contubernio con los investigadores, no se les aplicaba dolor alguno, sin embargo, los participantes no sabían esto. Esta situación los ubicaba en una posición estresante. Podríamos decir que, con la finalidad de encontrar el grado de obediencia de los participantes, estaba justificado mentir a los participantes sobre las descargas proporcionadas a los alumnos. Esto sería justificar los medios en favor del fin. Mentir a los participantes y coercionarlos a seguir con la instrucción de la investigación, en contra de su bienestar emocional, es un comportamiento

poco ético. Claro está, que en la época de Milgram no se había debatido mucho acerca de la ética. En la actualidad, sin embargo, una investigación sometida a un comité de ética debe mostrar que los participantes conocen lo necesario de la investigación y que no se les ha mentado con el fin de obtener ciertos datos, más aún cuando estos medios pueden provocarles efectos dañinos.

Revisemos una investigación: en 1970, Humpheys realizó un estudio para conocer más acerca de prácticas y encuentros homosexuales, su método fue la observación. Durante algún tiempo observó encuentros entre parejas con una orientación sexual homosexual en lugares públicos. Durante la observación anotó las placas de los autos de los participantes y consiguió sus direcciones postales. Aproximadamente un año después de la observación, y con una apariencia completamente diferente, acudió a los domicilios de los participantes y los convenció de realizar una entrevista argumentando la conducción de un estudio social en el vecindario, pero sin informales acerca de su observación anterior.

El estudio mostró que una buena parte de los participantes llevaban una vida heterosexual, casados con mujeres y criando hijos. Sólo una pequeña parte tenía prácticas estrictamente homosexuales. Sin duda muchas personas argumentarían que sí se le hubiera informado a los participantes desde el principio la naturaleza del estudio no se habrían encontrado estos resultados. Sin embargo, el fin no justifica los medios. En el estudio de Humpheys se cometieron diversas fallas éticas que afectaron el bienestar de los participantes. Entre las que se cuentan la invasión a la privacidad, la falta de identificación de los investigadores y la decepción de los participantes durante la investigación. Para evitar estos errores podría haberse realizado un estudio con una muestra más pequeña y completamente informada. Quizás muchos de los resultados

podieron encontrarse sin violar los derechos fundamentales de los participantes.

La decepción refiere al hecho de mentir a los participantes acerca del verdadero motivo de la investigación. Rae y Sullivan (2003) mencionan que el APA sólo la justifica cuando no hay potencial de daño, pero obliga a los investigadores a reconsiderar su postura y buscar diseños alternos, a encontrar alternativas de investigación que no impliquen la decepción. Aunque día a día, los estudios que utilizan la decepción disminuyen de manera significativa. Esto es un claro indicio sobre el replanteamiento de la decepción como herramienta válida en las investigaciones sociales.

Estudios como el de Milgram son un claro ejemplo del uso del engaño para obtener ciertos resultados. La psicología social de tipo experimental frecuentemente utilizaba la figura de los confederados con la finalidad de obtener ciertas respuestas. Estos confederados dan información falsa a los participantes. Sin embargo, el tema es aún controversial, Richard (2003) menciona que la decepción viola los principios morales fundamentales de justicia y reciprocidad de los participantes, planteando el juego de roles y la simulación como opciones viables.

Sin embargo, aún cuando los investigadores sustituyan el engaño por la simulación, se pueden dar otras implicaciones éticas. Richard (2003) señala que en el caso de estudios como el de Zimbardo que utilizan la simulación, existen complicaciones éticas tan relevantes como las provocadas por el engaño. Situar a individuos a simular una situación que los pondrá en peligro y sacará lo peor de ellos es una situación poco ética.

Este tipo de “operaciones encubiertas” plantea serios debates y cuestionamientos éticos. ¿Cuándo los fines de una investigación justifican el engaño de los participantes?, ¿hasta dónde se puede intervenir en la vida íntima de los individuos en favor del descubrimiento científico? Muchas activi-

dades ilegales y poco usuales pueden resultar atractivas e interesantes desde posturas psicológicas, sociológicas y antropológicas. Pero su estudio bajo estos términos plantea un riesgo de daño potencial para todos los involucrados: investigadores, personas bajo observación (prefiero llamarlos personas, ya que bajo las condiciones de esta interacción no se les puede llamar participantes) y terceros implicados directa e indirectamente. De acuerdo a Berg (2007), los investigadores pueden sufrir daños físicos, emocionales, e incluso enfrentar demandas legales.

En el caso de las intervenciones, MacKintosh (2005) aclara que los participantes no pueden estar expuestos a situaciones que puedan causarles daño y que puedan empeorar su condición, en comparación a la situación en la que se encontraban al inicio de la investigación.

DuBois (2006) enlista algunos de los daños asociados a la investigación:

1. Daños psicológicos tales como ansiedad, sentimientos de vergüenza o minusvalía así como recaídas psicóticas.
2. Daños físicos asociados a la investigación que involucran disfunción sexual, presión alta y en casos extremos intentos de suicidio.
3. En casos extremos la investigación puede traer complicaciones legales a los participantes tales como demandas o condenas.
4. Problemas sociales que van desde la estigmatización hasta la pérdida de la reputación y el divorcio.
5. Complicaciones económicas tales como la pérdida del trabajo y el empleo, entre otras.

Las **Tablas 5-2** y **5-3** muestran ejemplos del consentimiento informado. El primer ejemplo enuncia los aspectos que deben ser tomados en cuenta en una investigación

Tabla 5-2. Ejemplo de consentimiento informado

Instituto de investigación

Acepto participar en la investigación realizada por el Instituto de Investigación. Entiendo que los datos aportados a dicha investigación son totalmente anónimos y confidenciales. Asumo las responsabilidades del estudio para contestar las preguntas que considere puedo responder. También entiendo que puedo abandonar el estudio —en caso de que ya no quiera participar— sin ninguna consecuencia. Reconozco que esta carta y los datos que brinde a los investigadores serán resguardados de manera separada para evitar que se realice una conexión entre mi nombre y los datos confidenciales; sólo el investigador, Dr. López Gutiérrez, responsable del proyecto, estará en contacto con el consentimiento, él será el encargado de resguardarlos y no vinculará mis datos a mis respuestas.

El procesamiento de los datos será a través de técnicas estadísticas que no permitan el reconocimiento de participantes en particular.

Los resultados de la investigación serán reportados de manera conjunta con los datos de otros participantes en congresos, revistas y foros de investigación. Nada en ello, implicará el reconocimiento de mi persona.

Esta investigación se realiza bajo el reconocimiento del comité de ética del Instituto de Investigación con referencia _____ cumpliendo con los requisitos de este comité y el código ético de psicología de la Asociación Mexicana de Psicología (SMP).

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del investigador
Teléfono y correo electrónico

de campo en interacción con los participantes, mientras que el segundo ejemplo refiere a una investigación realizada en línea.

Durante el proceso de investigación pueden presentarse algunos problemas para la obtención del consentimiento informado. Es posible que los participantes se muestren renuentes a firmar el consentimiento informado, temiendo que la información que den pueda usarse para perjudicarlos. Por ello, es necesario comentar a las personas como serán tratados los datos.

Por ejemplo, Warren (2002) realizó una investigación para conocer las narrativas de mujeres que habían estado internadas en institutos de atención mental con el diagnóstico de esquizofrenia. Para conocer más sobre la experiencia de las mujeres que tuvieron tratamientos con descargas eléctricas, un equipo de investigación realizó entrevistas a profundidad a sus esposos y a las enfermeras que las asistieron. Al comenzar

la investigación, el equipo de trabajo se topó con la negativa de las enfermeras de firmar el consentimiento informado. Muchas de ellas temían que su firma fuera usada en su contra ya que se habían presentado muchas situaciones dentro del protocolo de investigación que hoy día podríamos decir, no fueron éticas. Para dar solución a esta problemática, el grupo de investigación optó por grabar el consentimiento informado en audio. Todas las enfermeras podían escuchar el consentimiento y pronunciar un sí y su nombre, sin apellidos, después de la información. De esta manera, los investigadores pudieron resolver el problema y continuar con la investigación.

El uso de fotografías es un tema especialmente importante en la investigación y el consentimiento informado. Por ejemplo, podrían utilizarse fotografías tomadas al azar en un parque o un aeropuerto sin el consentimiento de las personas involucradas, siem-

Tabla 5-3. Ejemplo de consentimiento informado en página web

Instituto de Investigación

Acepto participar en la investigación realizada por el Instituto de Investigación. Entiendo que los datos aportados a dicha investigación son totalmente anónimos. Asumo las responsabilidades del estudio para contestar las preguntas que considere puedo responder. También entiendo que puedo abandonar el estudio —en caso de que ya no quiera participar— sin ninguna consecuencia. Reconozco que al dar clic en el botón de aceptar, mis datos serán resguardados de manera confidencial y anónima y que sólo podrán ser identificados a través de mi correo personal por el investigador principal. Sólo el investigador responsable del proyecto estará en contacto con los correos electrónicos, él será el encargado de resguardarlos y no vinculará mis datos a mis respuestas.

El procesamiento de los datos será a través de técnicas estadísticas que no permitan el reconocimiento de participantes en particular.

Los resultados de la investigación serán reportados de manera conjunta con los datos de otros participantes en congresos, revistas y foros de investigación. Nada en ello, implicará el reconocimiento de mi persona.

Esta investigación se realiza bajo el reconocimiento del comité de ética del Instituto de Investigación con referencia _____ cumpliendo con los requisitos de este comité y el código ético de psicología de la Sociedad Mexicana de Psicología (SMP).

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del investigador
Teléfono y correo electrónico

pre y cuando no se haga referencia explícita a ellas dentro de la investigación. Si el investigador ha decidido describir el ambiente de la fotografía y hacer referencia explícita a la persona que aparece en ella, entonces, es necesario que pida autorización a los involucrados para utilizar sus fotos dentro del reporte de la investigación. Esta situación es particularmente importante cuando las fotografías van a publicarse en revistas o libros de investigación o divulgación.

En el trabajo de campo de la antropología es necesario que los investigadores indiquen a cada uno de los miembros de la comunidad que las fotografías tomadas serán utilizadas para publicaciones o reportes científicos. Por supuesto que ninguna de las fotografías debe tomarse invadiendo la privacidad de los participantes. Se debe tomar un cuidado especial cuando se toman fotografías de personas con alguna vulnerabilidad comunicativa, médica, económica o social. Ninguna fotografía debe enfatizar aspectos que puedan llevar a las personas a una mayor discriminación o estigmatización social. Por ejemplo, en el caso de un participante con una enfermedad mental, las fotografías no deben mostrarlo en una situación que lo muestre en una situación desventajosa.

Suponga el caso que, como profesor, decide investigar las actitudes de sus alumnos hacia cierta política escolar. Usted debe tener en mente con que fin obtiene los datos. Si su fin es simplemente enseñar a los alumnos acerca de cómo evaluar las actitudes, entonces no necesita el consentimiento informado, pero si desea publicar los datos, entonces será completamente necesario informar a los participantes acerca de la naturaleza de sus cuestionamientos. Más aún si la investigación implica una política escolar en la cual están involucrados directamente. No importa que guarde de manera anónima o confidencial los datos emanados de la investigación, a todos los participantes debe quedarles claro que están tomando parte

de una investigación y que esos datos van a darse a conocer en un artículo, informe o trabajo para congreso.

En México, la obtención del consentimiento informado puede ser aún más difícil ya que los participantes no están familiarizados con estos procedimientos y tienden, en general, a desconfiar de utilizar su nombre o firma. El investigador puede utilizar formas innovadoras de obtener el consentimiento, siempre y cuando se asegure de que los participantes han comprendido el estudio y aceptan libremente en participar.

De acuerdo a Kitchener (2000), el consentimiento informado debe prescribir leyes legales que guíen la conducta de los investigadores. Es un medio por el cual los participantes están bien informados, pero también es un medio por el cual los investigadores se comprometen a retribuir de cierta manera a los participantes.

En México, si bien los códigos de ética en ciencias de la conducta, ciencias sociales y humanidades no están sujetos a una regulación legal, todos los comités deberían de estarlo. De acuerdo Appelbaum, Lidz y Meisel (1987) los comités de ética deben establecer reglas legales que normen o prescriban las conductas de la interacción entre los profesionistas que brindan un servicio y los clientes; y entre los investigadores y los participantes de una investigación.

Cuando se plantea un proyecto de investigación se debe tener en cuenta que las personas sean capaces de dar el consentimiento informado, es decir, que se encuentran en plena conciencia de sus actos. Si el consentimiento es escrito, asegurarse de que saben leer y comprenden lo que dice el documento. En el caso de niños, es fundamental que el padre o tutor tenga conocimiento de la participación de su hijo en el estudio. El consentimiento informado en este caso, recae completamente en ellos. Sin embargo, Kitchener (2000) enfatiza el hecho de que nadie puede consentir por otra persona. Si

los padres dan el permiso de que sus hijos participen deberán asumir el compromiso de involucrarse de manera activa en la investigación. Los niños de cinco a doce años comprenden perfectamente los términos de una investigación cuando se les habla de manera clara, sin embargo, es más difícil explicarles los términos asociados al riesgo potencial asociado a los procedimientos utilizados.

Algunos investigadores como Berg (2007) y Deschenes y Vogel (1995), utilizan los términos consentimiento pasivo y activo. El consentimiento activo se utiliza para afirmar que los padres han firmado el consentimiento y lo han devuelto a los investigadores. Cuando los padres no regresan el consentimiento, pero tampoco niegan la participación de su hijo, entonces le llaman consentimiento pasivo. Sin embargo, bajo la premisa de que nadie puede consentir por otra persona y la necesidad de que los padres se involucren en el trabajo de la investigación, el consentimiento pasivo cae en desuso. El comité de ética podría preguntarse si en realidad los padres consienten que su hijo participe en el estudio. Quizás pensaron que no era claro, comprensible o aún interesante y lo desearon. Incluir niños en investigaciones sin el permiso de sus padres puede traer un grave problema ético.

Oliver (2003) aclara que es fundamental omitir en estudios psicológicos, personas que hayan fallecido. Claro está que ellos no están en la posibilidad de dar un consentimiento informado. Ningún dato que hayan dejado en vida puede usarse como dato de investigación. Esto aplica, especialmente, en el caso de las historias de vida. Cuando deseamos realizar una investigación que de cuenta de las acciones que un individuo en particular realizó a través de su vida, dando cuenta de las vicisitudes y momentos que vivió no podemos valernos de diarios o cuadernos que reflejen su intimidad personal. Si la persona antes de fallecer dejó sus documentos en resguardo de un archivo,

deben tratarse con suma confidencialidad y resguardo. Esto es particularmente importante para instituciones que resguardan estadísticas o documentos de personas que no pueden dar el consentimiento para la publicación de esos datos.

Nuevamente un ejemplo de la antropología podría ilustrarnos lo anterior. Los antropólogos realizan dos registros que dan cuenta de su trabajo de campo. El primero es una libreta de campo; en ella anotan todas las observaciones recolectadas durante la investigación. El segundo es un diario de campo donde escriben sus sentimientos personales, opiniones y apreciaciones íntimas de sus experiencias de investigación. En 1942, el antropólogo Malinoski murió de manera imprevista de un ataque al corazón, quedando sus documentos personales sin resguardo alguno, entre ellos sus diarios y libretas de campo. Años después, su viuda publicó el diario de campo de su esposo. En el cuerpo del diario, Malinoswki plasmó prejuicios y bajas pasiones que encontró en su vida diaria, en la lejanía de su hogar. Se mostraba como un hombre joven, harto de tener que permanecer en un lugar que le parecía poco desarrollado, lleno de nativos que a menudo tildaba de ignorantes y salvajes. Frecuentemente se encuentran oraciones que muestran cómo Malinowski se sentía cada vez más hastiado de su vida diaria dentro del trabajo de campo. Emocionalmente no se sentía muy a gusto, refería a momentos una y “otra vez me sentí ultrajado y emocionalmente frustrado” (p.36). Frecuentemente demostraba su malestar al encontrarse lejos de su patria. Algunos autores trataron de defender el trabajo de Malinowski argumentando que una cosa es el trabajo del antropólogo y otra muy distinta su vida privada. Sin embargo, de acuerdo con Firth (1967:1989), O’Barr y Conley (1975) y Di Leonardo (1989) se ha descrito a Malinowski como autopreocupado, narcisista, hipocondríaco quisquilloso, rencoroso

y autoabsorbente así como una persona fría, ausente, malhumorada y a menudo irritable hacia sus “sujetos” de estudio.

Aunque queda claro que Malinowski nunca creyó que este diario fuera leído por otros, sino que más bien, como marca Firth (1967:1989) fue un intento de “marcar la deriva de su vida personal, emocional e intelectual” marcó un antes y después en la antropología en general y en el trabajo de campo en particular. Sin embargo, no puede tomarse como una investigación. Malinowski no dio la autorización para su publicación, en todo caso, los datos pueden ser interpretados de manera errónea. No puede definirse su carrera como investigador por lo plasmado en su diario íntimo.

Un problema más surge en el caso de documentos que no pueden ser avalados por los autores. En la actualidad, la validez de una investigación se da en un continuo proceso de retroalimentación entre aquellos que investigan y los participantes. La voz del investigador y la voz del participante deben dar vida a la investigación. Técnicas tales como la entrevista a profundidad, implican que una vez redactada la sesión se busque la retroalimentación del entrevistado. En esta sesión, el participante está en posibilidad de agregar información, de pedir —si así lo desea— que ciertos datos sean eliminados, incluso, de comentarle al investigador que en realidad él quería decir otra cosa, pero quizás en ese momento no se dio a entender.

Cuando una persona no está en posibilidad de dar retroalimentación, la responsabilidad del autor es muy grande, ya que necesita interpretar los datos y mantenerse objetivo en la tarea de dar cuenta de la vida y trayectoria de una persona.

De acuerdo a Mackintosh (2005) en los Estados Unidos, donde el consentimiento informado y la confidencialidad de la información son un asunto legal, sólo pueden romperse en casos extremos. Por ejemplo, puede romperse cuando los participantes

han trasgredido la ley. En este caso, no sólo es aconsejable revelar los datos, sino que pueden ser requeridos por una autoridad superior a la Institución que realiza la investigación. Lo anterior también puede aplicar en el caso de abuso a menores o a otras personas vulnerables.

El investigador debe tomar las medidas necesarias para proteger la identidad de los participantes de terceros que pudiesen afectarlos, pero debe enfatizarse que la vida tiene prioridad sobre la privacidad.

Cuando el investigador enfrenta un problema ético debe decidir entre seguir la investigación o frenarla. Seidman (2006) da el ejemplo de una investigación realizada en un campus universitario donde se entrevista a jóvenes estudiantes. Uno de ellos afirma haber consumido drogas dentro del campus. Si se publicaran estos resultados y su identidad quedara al descubierto, sería expulsado de la universidad. Si el investigador sabe que su investigación podría dañar seriamente el futuro del participante es mejor abandonar ese caso en particular. Asegurándose de destruir todas las entrevistas, grabaciones y transcripciones que involucren al participante.

La técnica que se utilizará para reunir la información –entrevistas, instrumentos psicométrico, grupos focales, etcétera. Toda investigación debe aclarar el tipo de técnica que utilizará para recabar la información. En el protocolo de investigación debe detallarse la técnica utilizada y el lugar donde se llevará a cabo.

Cuando se realizan entrevistas a profundidad o semiestructuradas que tocan temas personales es necesario aclararle a los participantes que durante la entrevista pueden rechazar responder una pregunta en particular o incluso un tema específico. Aún cuando los participantes hayan aceptado participar en la investigación y hayan firmado el consentimiento informado, es necesario aclararles

que tienen el derecho de negarse a responder a preguntas que los hagan sentir incómodos.

Cuando los participantes se encuentran en el curso de una entrevista frente a alguien que perciben como una autoridad, tienden a decir cosas personales que no dirían en otro tipo de circunstancias. Esto puede hacerlos sentir vulnerables y ansiosos, por ello, la importancia de que conozcan su derecho a negarse a contestar. Los relatos de vida tienen la misma complejidad. En estos casos, el investigador debe estar lo suficientemente preparado para dar apoyo al entrevistado y detener el interrogatorio cuando sea necesario.

Seidman (2006) afirma que una investigación ética debe garantizar la protección de la vulnerabilidad de los participantes y la divulgación de lo obtenido. El consentimiento informado, en el caso de las entrevistas a profundidad debe contener: 1) una invitación a participar detallando como, donde, por cuanto tiempo y quien será el encargado de realizar la entrevista, 2) una advertencia acerca del riesgo potencial asociado a tomar parte en la investigación, riesgos que pueden presentarse en el momento de la investigación o cuando haya finalizado, 3) los derechos de los participantes, tales como el poder abandonar la investigación sin penalización alguna, 4) delinea los posibles beneficios, 5) resguarda la identidad del participante (confidencialidad), 6) la forma en la cual serán tratados los datos, 7) condiciones especiales en el caso de que las entrevistas sean realizadas a niños y 8) como contactar al investigador y al comité de ética que aprobó el estudio. Seidman (2006) recalca la importancia de que los participantes puedan contactar a los investigadores antes, durante e incluso, después de terminado el estudio. Es fundamental que el investigador deje algo más que su correo electrónico, sobre todo si la población estudiada no tiene acceso al internet.

Proteger la identidad de los participantes es fundamental. Seidman relata una

investigación realizada por Woods en 1990. En su estudio titulado *The Contextual Realities of Being a Lesbian Physical Educator: Living in Two Worlds* se entrevistaron a mujeres con orientación sexual homosexual que trabajaban en el campo de la educación. La investigadora tuvo mucho cuidado de proteger la identidad de las participantes, aún cuando no pudieran garantizarla completamente. Primero contactando a los participantes de manera personal o a través de otros responsables de la investigación, asegurándose de que la entrevista tuviese lugar en un sitio cómodo y seguro para el participante, ningún participante trabajaba en el mismo lugar, no se discutieron los datos personales de ningún participante en ninguna situación, la transcripción de la entrevista fue realizada por la investigadora encargada del proyecto y un transcriptor con una amplia experiencia y ética profesional, se utilizaron seudónimos en lugar de nombres, y, finalmente, todas las grabaciones y transcripciones estuvieron únicamente en manos del investigador.

Lo mismo sucede en una situación experimental. Los participantes deben tener claro que aún cuando el investigador ha tratado de prevenir situaciones estresantes o dañinas, la condición experimental puede causar estrés e incomodidad. En estos casos, los participantes tienen el libre derecho de abandonar la investigación.

Aún cuando muchas técnicas implican la condonación del consentimiento informado deben prever posibles complicaciones éticas. Cuando un antropólogo o psicólogo realizan observación naturalista deben cerciorarse que nada de lo reportado en artículos o reportes de investigación identifica a una persona que no consintió en participar en la investigación. Cuando las personas han sido informadas sobre el estudio se debe tener cuidado en no revelar información que pueda traerle algún daño psicológico, legal o económico. La Asociación Americana de Antropología (AAA, 1983) enfatiza la im-

portancia de que los antropólogos protejan la identidad, privacidad, dignidad y el bienestar psicológico de los participantes.

En la actualidad, muchos investigadores han optado por realizar sus investigaciones en el internet. Poco se ha debatido acerca de este tema; los tópicos éticos ya frecuentes en la investigación tradicional tienen algunas consideraciones extra. Aun cuando se prometa la confidencialidad no se puede garantizar que la información no será jaqueada por otros. Por ello, de acuerdo con Mann y Stewart (2000) se recomienda, para este tipo de estudios, sitios con seguridad extra que tengan sus propios servidores.

Aunque es investigación básica, es necesario enfatizar que en psicología experimental, el trabajo con animales de laboratorio implica una serie de complicaciones que deben tomarse en cuenta. Todos los investigadores que realicen este tipo de estudios deben contar con el equipo y la infraestructura adecuada para realizar el trabajo en las mejores condiciones posibles. Además, deben contar con un permiso especial tanto para la investigación como para la institución.

Quién tendrá acceso a los datos en original y quien en anónimo. Como ya se ha mencionado, son diversos los daños que pueden sufrir los participantes. Todas las investigaciones deben prever que tipo de daños podrían suceder y evitarlos. Además, deben prever que si el daño se presenta, aún con las previsiones se debe tener a la mano un plan de acción para revertir los daños.

Ya se ha tratado el tema de la confidencialidad. Los investigadores principales deben tomar en cuenta este tema al momento de escribir el protocolo.

Donde se llevará a cabo la investigación. Todas las investigaciones deben explicitar donde se llevará a cabo el estudio. Muchas universidades y centros de investigación cuentan con lugares apropiados para realizar

diversas investigaciones. Sin embargo, muchos participantes pueden negarse a trasladarse a un lugar en particular. Por ello, es necesario que el investigador tome precauciones en este tema, aunque es cierto que siempre habrá eventualidades en el trabajo de campo.

Por ejemplo, en el trabajo de Warren (2002), en el que se entrevistó a mujeres que habían estado internadas en hospitales psiquiátricos con terapia de descargas eléctricas, el equipo de investigación asistió a entrevistar a las participantes a sus casas. Los investigadores se toparon con la negativa, de algunas participantes, de que los entrevistadores, cuando eran hombres, entraran a sus casas. Las participantes argumentaban que no querían que sus vecinos las estigmatizaran aún más, sabiendo que dejaban entrar a hombres desconocidos a sus casas. Para solucionar este problema, los investigadores pidieron a las participantes eligieran el lugar de la entrevista. En la mayoría de los casos, la situación pudo salvarse al realizar la entrevista en el jardín o en el pórtico de los hogares de las participantes.

Análisis de datos

Tipo de análisis de datos serán utilizados. En el caso del metaanálisis o análisis estadísticos realizados en instrumentos de autoreporte existen pocas posibilidades de daño. En cambio, el riesgo es alto en los procedimientos experimentales. Incluso se debe contemplar si el estudio experimental es de tipo estándar o si varía de acuerdo con el participante. Cada variable estudiada en un modelo experimental debe estar completamente justificada. No deben introducirse variables que en la literatura no muestren efectos. Por ello, para Rae y Sullivan (2003), lo anterior implica más la calidad científica que el consentimiento informado y el daño. Por ello, los comites de ética deberían ampliar sus ambitos de acción a la pertinencia social y científica de los estudios que evalúan.

Finalmente, de acuerdo con Rae y Sullivan (2003), si el investigador que realiza el análisis estadístico decide sacar a algún participante como un *outlier*, debe justificarlo completamente, a través de las pruebas o datos estadísticos pertinentes.

Quiénes serán los encargados de analizar los datos. Todos los protocolos deben especificar claramente quienes realizarán los análisis estadísticos. En el caso de los alumnos sólo podrán realizar análisis estadísticos rutinarios, si desean realizar análisis más avanzados deberán contar con la supervisión de un investigador.

Ningún miembro del equipo de investigación, con excepción del investigador principal, debe estar familiarizado con todos los datos de la investigación y la identidad de los participantes. En el caso de las entrevistas o estudios cualitativos, es claro que cada investigador que realice el trabajo de campo de un participante tendrá acceso a la identidad de la persona, sin embargo, en el momento que entrega esta información al resto del equipo debe guardar en confidencial la identidad del entrevistado, revelándola únicamente al investigador principal.

Como se mantendrá la confidencialidad de los datos. Muchas veces, los términos confidencialidad y anonimato se utilizan como sinónimos, sin embargo, existen diferencias entre ambos. Todo estudio o práctica profesional debe implicar el anonimato, es decir, los investigadores o profesionistas deben asegurarse desde el inicio de las investigaciones que ningún dato podrá ser vinculado a una persona en particular. Mientras que la confidencialidad en la investigación aplica cuando los investigadores se aseguran de eliminar ciertos registros de la investigación que podría revelar la identidad de los participantes. Es decir, una encuesta permanece en el anonimato porque no se pide la identificación del participante, se convierte

en una cifra, letra o código, mientras que en la confidencialidad se conoce la identidad del participante, pero el investigador se encarga de mantenerla en confidencialidad.

Cuando el estudio implica responder instrumentos de autoreporte es muy sencillo garantizar el anonimato. Nadie identifica el número de cuestionario con una persona en especial. Sin embargo, los estudios longitudinales plantean un reto, ya que el investigador debe planear con antelación quienes tendrán acceso a la identidad de los participantes, quienes en su equipo podrán realizar un vínculo entre la información y los datos más relevantes de los participantes, con el fin de resguardar la confidencialidad. Daniel y Kitchener (2000) recalcan la importancia de que en este tipo de estudios los investigadores deben asegurarse de mantener los datos de identificación de los participantes, de la información obtenida durante el proceso de la investigación en resguardo. Incluso, deben mantener los datos de identificación resguardados bajo llave.

Los estudios de corte cualitativo también plantean un problema particular. Suponga que realiza una serie de entrevistas y desea reportar algunas frases de los participantes. Debe asegurarse que nada de lo que reporta ponga al descubierto la identidad de la persona. En estos casos, la confidencialidad de los datos de identificación debe permanecer resguardada.

Tan importante es la confidencialidad dentro de la investigación cualitativa que Berg (2007) recomienda utilizar una parte del consentimiento informado para que los investigadores se comprometan a no divulgar ningún dato, información o rasgo a ninguna otra persona ajena a la investigación, así como a no divulgar ningún dato personal en cualquier material escrito.

De acuerdo con Daniel y Kitchener (2000), la confidencialidad y la privacidad también están ampliamente relacionadas. La privacidad refiere al derecho de los in-

dividuos de revelar cierta información referente a ellos mismos y ocultar otra. Es el derecho de toda persona a impedir que ciertos aspectos relacionados a su vida sean conocidos por otros, deriva a menudo del principio de autonomía.

Es importante recalcar que todos los investigadores deben respetar el derecho de privacidad. Ninguna persona está en derecho de obligar a otro a revelar aspectos de su persona que desea no sean conocidos por otros. Por ello, es indispensable que durante el consentimiento informado la persona comprenda que durante la investigación tendrá absoluto derecho a negarse a contestar aquellas preguntas que le parezcan violan su derecho a la privacidad.

Divulgación de la investigación

Tipo de publicaciones. En el protocolo de investigación debe anotarse claramente como se publicarán los resultados. En este último paso es relevante mencionar que no se deben contemplar los mismos datos para publicaciones diferentes, es decir duplicar los datos. De igual manera, Rae y Sullivan (2003) recalcan la importancia de evitar el plagio. Este tema es fundamental, es una falta ética tomar ideas de otros autores y hacerlas pasar como propias. En México, esta práctica no tiene consecuencias ni en el caso de los investigadores, ni en el de los alumnos. Sin embargo, debe anotarse que en otros países implica la expulsión de la matrícula universitaria o la suspensión de la cédula en el caso de los profesionistas. Aún y cuando estas sanciones no existiesen, es una falla ética importante ya que afecta directamente al prestigio del investigador y del alumno. Cada vez que escribimos algo que hemos leído en otro autor debemos poner sus datos y anotarlos en la bibliografía.

En psicología, la Asociación Americana de Psicología (APA) prescribe el estilo en el cual deben escribir y citar los psicólogos. En ciencias sociales se utilizan estilos como el de

Harvard o Chicago. Es fundamental que los estudiosos de las diferentes disciplinas utilicen el formato requerido por su disciplina y centro de estudio. Seguir los lineamientos de una organización o institución ayuda a regular la disciplina y el comportamiento ético.

Una vez publicado el artículo o libro, los investigadores deben conservar los datos crudos para posteriores análisis, además deben conservarse para compartirse con otros profesionales que deseen corroborar los datos. Rae y Sullivan (2003) enfatizan el hecho de que otros investigadores pueden repetir los análisis para comprobar su veracidad pero no pueden probar nuevas hipótesis sobre los datos de otros investigadores.

Conclusiones

Si bien es verdad que todas las condiciones éticas deben ser cubiertas, los investigadores son humanos y pueden cometer errores. Una práctica adecuada debe contemplar los aspectos éticos, sin embargo, no puede eliminarlos por completo. Un planteamiento ético debe dar espacio para la equivocación y para el reajuste, para el error y la indemnización. Aceptar que cometemos errores también es una práctica ética, el objetivo es estar preparados para cometer los menores posibles, aprender de ellos y mejorar día a día nuestra práctica profesional.

Un comité de ética, formado por profesionistas expertos en el área y tema estudio, así como expertos en ética, es fundamental para garantizar el bienestar de los participantes. Es necesario reconocer que los participantes en la investigación deben recibir tanto como lo que dan a los investigadores. La ciencia es un proyecto humano que debe responder, en términos éticos, a la sociedad de la que depende.

El presente capítulo no pretende más que sensibilizar a los profesionistas de las ciencias de la conducta y las humanidades

de la necesidad del comportamiento ético dentro de sus campos de estudio y la urgencia de la construcción de un comité de ética en las universidades e institutos de inves-

tigación en nuestro país, que sea capaz de regular las prácticas y las interacciones entre investigadores y participantes, a favor del beneficio mutuo.

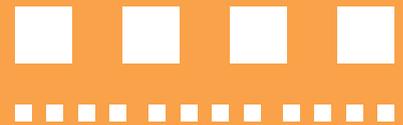
Bibliografía

- AMERICAN ANTHROPOLOGICAL ASSOCIATION. (1983). "Professional ethics: Standards and procedures of the American Anthropological Association". Washington, DC: Author.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Recuperado el 15 de enero de 2010 de www.apa.org/ethics.
- Appelbaum, PS.; Lidz, CW.; & Meisel, A. (1987). "Informed consent: Legal theory and clinical practice". New York: Oxford University Press.
- ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSICOLOGÍA. (2002). "Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association". (Adaptado para el español por Editorial El Manual Moderno). México: Manual moderno.
- BERG, BL. (2007). "Qualitative research methods for the social sciences". London: Allyn and Bacon. Fourth edition.
- DANIEL, PA.; & KITCHENER, KS. (2000). "Confidentiality: Doing good, avoiding harm and maintaining trust". In K. S. Kitchener, *Foundations of Ethical Practice, Research, and Teaching in Psychology*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- DAVIS, S. (2003). "Handbook of Research Methods in Experimental Psychology". USA: Blackwell publishing.
- DESCHENES, LP.; & VOGEL, RE. (1995). "Ethical and practical issues in school-based research: A case study of active consent". *Paper presented at the annual meeting of the American Society of Criminology*, Boston.
- DI LEONARDO, M. (1989). "Malinowski's nephews. The nation". March 13.
- DUBOIS, JM. (2006). "Ethics in behavioral and social sciences research". In: I. A. Smith *Research ethics*. New York and London: Routledge.
- ELLICKSON, PL.; & HAWES, JA. (1989). "An assessment of active versus passive methods for obtaining parental consent". *Evaluation Review*. 13(1):45-55.
- FIRTH, R. (1967: 1989). "Introducción. Diario de campo en melanesia". Madrid: Serie antropológica, Júcar universidad.
- HERNÁNDEZ GUZMÁN, L.; RITCHIE, PLJ. (2001). "Hacia la transformación y actualización empíricas del Código Ético de los psicólogos mexicanos". *Revista mexicana de psicología*. 18(3):347-357.
- HUMPHREYS, L. (1975). "Tearoom Trade: Impersonal Sex in Public Places". Chicago: Aldine.
- KEARNEY, K., *et al.* (1983). "Sample bias resulting from a requirement for written parental consent". *Public Opinion Quarterly*. 47:96-102.
- KITCHENER, KS. (2000). "Foundations of Ethical Practice, Research, and Teaching in Psychology". New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- MACKINTOSH, B. (2005). "Ethics". In N. Braisby. *Cognitive psychology. A methods companion*. New York: Oxford University Press Inc.
- MALINOWSKI, B. (1989). "Diario de campo en melanesia". Serie antropológica, Júcar Universidad.

- MALINOWSKI, B. (1975). "Confesiones de ignorancia y fracaso". En: R. J. Llobera *La antropología como ciencia*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- MANN, C.; STEWART, F. (2000). "Internet Communication and Qualitative Research. A Handbook for Researching Online". London: SAGE Publications Ltd.
- MCGUE, M. (2000). "Authorship and intellectual property". In B. D. Sales and S. Folkman (eds.), *Ethics in research with human participants*. Washington, DC: American Psychological Association.
- MILGRAM, S. (1963). "Behavioral study of obedience and disobedience". *Journal of abnormal and social psychology*. 67:371-378.
- MILGRAM, S. (1974). "Obedience to authority: An experimental view". New York: Harper & Row.
- NUREMBERG CODE (1949/1964). Reprinted in *Science*, 143:553.
- O'BARR, MW.; CONLEY, MJ. (1975). "Back to the Trobriands: the enduring influence of Malinowski's crime and custom in savage society". *Law and social inquiry*.
- OLIVER, P. (2003). "The student's guide to research ethics". U.S: Open University Press.
- PARKER, I. (2002). "Qualitative research". In P. Banister; E. Burman; I. Parker; M. Taylor & C. Tindall. *Qualitative methods in psychology. A research guide*. Philadelphia: open university press.
- RAE, WA.; SULLIVAN, JR. (2003). "Ethical Considerations in Clinical Psychology Research". In M. C. Roberts, & S. S. Ilardi (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology*. USA: Blackwell publishing.
- REST, JR. (1994). "Moral Development in the Professions: Psychology and Applied Ethics". New Jersey Hove, U. K: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- RICHARD, L. (2003). "Ethical Issues in Psychological Research with Human Participants". In Davis, S. *Handbook of Research Methods in Experimental Psychology*. USA: Blackwell publishing.
- SEIDMAN, I. (2006). "Interviewing as qualitative research. A guide for researchers in education and the social sciences". Third edition. New York and London: Teachers College Press, Columbia University.
- SEVERSON, H.; ARY, D. (1983). "Sampling bias due to consent procedures with adolescents". *Addictive Behaviors*. 8:433-437.
- SIEBER, JE. (1992). "Planning ethically responsible research: A guide for students and internal review boards". Newbury Park, CA: Sage.
- SIEBER, JE. (1996). "Introduction. Empirical study of ethical issues in psychological research". In B. H. Stanley, J. E. Sieber & G. B. Melton, *Research Ethics: A psychological approach*. Lincoln and London: University of Nebraska press.
- STANLEY, BH.; SIEBER, JE.; MELTON, GB. (1996). "Research Ethics: A psychological approach". Lincoln and London: University of Nebraska press.
- THOMPSON, T. (1984). "A comparison of methods of increasing parental consent rates in social research". *Public Opinion Quarterly*. 48:779-787.
- WARREN, CAB. (2002). "Qualitative Interviewing". In J. F. Gubrium; J. A. Holstein, *Handbook of interview research: context & method*. California: Sage.
- ZIMBARDO, PG. (2004). "A situationist perspective on the psychology of evil: understanding how good people are transformed into perpetrators". In A. G. Miller, *The social psychology of good and evil*. New York: The Guilford Press.
- ZIMBARDO, PG. (2007). "The Lucifer Effect: Understanding How Good People Turn Evil". New York: Random House.

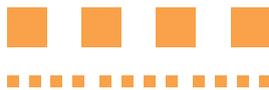
Sección II

Bioética





Introducción Sección II



*Primero fue necesario civilizar al hombre
en su relación con el hombre.*

*Ahora es necesario civilizar al hombre
en su relación con la naturaleza y los animales*

Víctor Hugo

MSP Luis Enrique DÍAZ PÉREZ

DISCIPLINA RELATIVAMENTE nueva, la bioética ha venido constituyendo un cuerpo filosófico por sí misma y cómo no había de ser así, en virtud de su campo de estudio y aplicación, si como afirma Albert Schweitzer “la ética no es otra cosa que la reverencia por la vida”.

La bioética es polifacética y para aplicarla, es necesario equiparar el conocimiento biológico con valores humanos aceptados, como lo propone Potter. Es inevitable que los temas de ética y bioética linden con lo religioso en una de sus fronteras, creemos que para discutir, para deliberar sobre los temas que la bioética aborda, algunos de una

controversia impactante, como la muerte digna, la eutanasia, aborto o vida artificial, es indispensable enarbolar los principios de científicidad y laicidad.

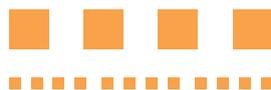
La científicidad nos remite a admitir el valor científico de un conocimiento basado en criterios normativos bien definidos, unos de orden epistemológico y otros de orden social; de esa manera se excluyen argumentos basados en la subjetividad. La laicidad por su parte es la cualidad de la sociedad, el Estado o las instituciones que actúan y funcionan de manera independiente de la influencia de la religión y de la iglesia, lo cual no significa que los argumentos religio-

tos o de los representantes de una iglesia no tengan lugar en el debate de temas bioéticos, porque entonces se correría el riesgo de incurrir en intolerancia, la cual obviamente, no es virtud.

Los temas de bioética que se presentan en esta sección, podrán servir de referente a estudiantes, maestros e interesados en la incorporación de la bioética en áreas disciplinares del campo de la salud.

Capítulo 6

Relaciones entre la bioética y el derecho



Lic. Alejandro PACHECO GÓMEZ

EL EJERCICIO de las profesiones de la salud, particularmente el ejercicio médico, tiene un régimen jurídico especial, en virtud que la medicina es una ciencia inexacta y evolutiva y que cada cuerpo humano responde de manera distinta al acto médico.

A mayor abundamiento, toda vez que las obligaciones médicas se desprenden, no sólo de disposiciones legales, sino en gran medida de principios científicos y éticos –y también bioéticos–, es necesario su reconocimiento e incorporación en el ordenamiento jurídico, a efecto de posibilitar su observancia obligatoria.

Las normas morales –éticas, bioéticas y deontológicas– y el derecho, tienen una íntima relación, pues, en tanto son órdenes normativos, regulan la conducta humana. Es decir, establecen deberes para el personal sanitario, con la diferencia de que las normas jurídicas, por su carácter de bilatera-

lidad, permiten que el deber impuesto sea exigido por un tercero en ejercicio de un derecho subjetivo. Así, las reglas desprendidas de esos órdenes normativos, confluyen en la definición de las obligaciones médicas.

La doctrina ha formulado teorías al respecto, con base a la lógica jurídica, la filosofía del derecho y a la luz de los principios de la Teoría General del Derecho. Juristas como Kelsen, Radbruch, Pound y García Máynez se han pronunciado por la necesidad de generar “pautas”, “estándares” o “criterios” éticos de estimación de la conducta, que se reconozcan e incorporen al derecho para regular la conducta humana, ante la imposibilidad de que el ordenamiento jurídico agote todos los supuestos que pudieran presentarse.

En el sistema jurídico mexicano, de diversas disposiciones jurídicas de la legislación sanitaria, se desprende la observancia de principios éticos y científicos en la

práctica médica. A guisa de ejemplo, la Ley General de Salud ordena que los usuarios tendrán derecho a prestaciones éticamente responsables y, en otra parte, que la investigación en seres humanos se adaptará a los principios éticos que la justifiquen.

Conceptos de ética y moral

Es frecuente utilizar los términos “ética” y “moral” como sinónimos, pudiendo ser una razón la similitud de su significado etimológico: “costumbre” –del griego *ethos* y del latín *mores*, respectivamente.

Si bien tienen un origen gramatical afín, la doctrina ha establecido sus diferencias. La MORAL ha sido definida, por Pérez Fernández del Castillo, como: “El conjunto de normas autónomas interiores que regulan la actuación del hombre en relación con el bien y el mal”. Por otra parte, a la ÉTICA la podemos concebir como el estudio o reflexión crítica de la moral y de la acción humana. En este sentido, la moral se convierte en objeto de estudio de la ética.

Es evidente, que establecer una distinción no necesariamente nos lleva a una *separación*. Ambos conceptos están íntimamente relacionados y enfocados también al estudio, en un amplio sentido, de la conducta humana.

Concepto de derecho

Dar un concepto de “derecho” no es sencillo, pues la misma doctrina no ha podido unificar los criterios de los destacados juristas, ya que es un término que tiene tantas acepciones como enfoques para abordarlo. Es frecuente que se utilice como sinónimo de *justicia*, de un *orden normativo*, de un conjunto de *facultades*, por mencionar algunos.

Roscoe Pound (1995) después de un análisis de este término, manifiesta que

deben examinarse los tres significados que han dado los juristas: el orden jurídico, el cuerpo de normas o modelos o patrones autoritarios de decisión, sean judiciales o administrativos y el procedimiento judicial al cual hoy debemos añadir el procedimiento administrativo.

En cuanto al derecho como *orden jurídico*, pensamos en un conjunto de normas creadas por una instancia facultada para ello. Así, estas disposiciones están encaminadas a regular una conducta, es decir, a provocar un comportamiento. Luego entonces, es un régimen de control social de la conducta humana. En este sentido, es importante hacer notar que mediante las normas y disposiciones introduce las razones jurídicas mediante las cuales debe comportarse el individuo. Es decir, impone deberes que la persona cumplirá fuera de razones no jurídicas que pudiera argumentar en contra de la conducta ordenada. Por tanto, reduce las opciones del individuo, haciendo obligatorio el comportamiento ordenado.

Sin embargo, no es la única forma en que se expresa el orden jurídico o, en términos precisos, la normatividad. El derecho también conduce a la persona dotándola de la posibilidad jurídica de realizar o no alguna conducta. Con ello, se refiere al otorgamiento de derechos subjetivos o facultades al individuo. De esta guisa, el orden jurídico determina que el derecho o facultad vinculando consecuencias jurídicas a su ejercicio. De acuerdo con la lógica jurídica existen derechos subjetivos que el individuo puede ejercer o no, pero también aquellos cuya omisión está prohibida y que por tanto, se convierten en deberes. De ahí que la persona, atendiendo a esas consecuencias, decida qué hacer. En cualquiera de ambas formas, imponiendo deberes o concediendo derechos, el orden jurídico regula la conducta humana.

No sólo regula la conducta de los gobernados, sino también de los órganos legitimados para aplicar el derecho. Al indi-

viduo le fija límites a su libertad para lograr la convivencia social y realizar el orden jurídico; a los órganos del Estado les otorga la posibilidad jurídica para la aplicación del derecho, determinando su competencia y dotándolos de atribuciones, pero debe ser facultado de manera expresa, de otra suerte, les está prohibido actuar.

Este orden jurídico es creado por órganos legitimados para tal efecto. Además, el conjunto de normas es coactivo, es decir, su incumplimiento genera una sanción. En un sentido estricto, no todas las normas son sancionadoras –normas de competencia, de adjudicación–, pero todas se relacionan entre sí formando el orden jurídico.

El segundo significado, como cuerpo de normas, nos dice Pound (1995) que es el cuerpo de materiales autoritarios. Nos plantea que es el término más utilizado por los abogados y cuyo origen data desde el derecho romano. En este sentido, podemos ubicar al derecho objetivo que entendemos como el conjunto de normas de un orden jurídico.

Radbruch (1993) señala que puede definirse como: “El conjunto de las normas generales y positivas que regulan la vida social”. Así, observamos que el derecho como un orden jurídico se concretiza en las normas emitidas por los órganos estatales competentes.

Por último, el tercer significado –como procedimiento judicial– es ilustrado por el maestro de Harvard como aquél para determinar causas y controversias conforme a guías autoritarias, con el propósito de defender el orden jurídico. Con ello, se alude también al derecho adjetivo, que no deja de ser parte del conjunto de normas, pero que será el que indique cómo aplicar el sustantivo.

Es evidente la relación que existe entre los tres significados, lo cual nos facilita la comprensión del significado “derecho”. En virtud del tema que abordamos, no abundaremos más en este apartado, pues es materia de un extenso trabajo. Con esto, se pretende plantear, *lato sensu*, el concepto del derecho.

Fuentes del derecho

Las fuentes del derecho se refieren al origen de las normas jurídicas y la fundamentación de su validez.

Dichas fuentes se han clasificado de la siguiente forma:

- Fuentes formales.
- Fuentes reales.
- Fuentes históricas.

Fuentes formales

Las fuentes formales son los procesos de formación de las normas jurídicas. A saber, se han ubicado en este rubro a la legislación, la jurisprudencia, la costumbre y la doctrina.

En primer lugar, se entiende por legislación el conjunto de leyes vigentes en un lugar y tiempo determinados; también se ha referido como el procedimiento de creación de las mismas. En los sistemas jurídicos de derecho escrito, es quizá la fuente formal de mayor relevancia. Con relación al tema de este trabajo, esta fuente está constituida, principalmente, por las leyes sanitarias y por disposiciones del derecho civil, en tanto la relación médico paciente es una auténtica relación jurídica entre particulares. Es importante mencionar que la expedición de leyes en materia de prestación de servicios de atención médica, son de competencia federal, pues en términos de los artículos 73, fracción XVI Constitucional y 3° de la Ley General de Salud, es materia de salubridad general; no obstante, dado que se trata de una materia coincidente y concurrente, dicha legislación puede ser aplicada por las entidades federativas.

En cuanto a la jurisprudencia tiene dos acepciones: una, como la ciencia del derecho y otra, como el conjunto de criterios, de interpretación y de decisión, establecidos por los tribunales competentes para emitirlos; la segunda es la que será abordada.

En México, se ha conceptualizado como la interpretación de la ley, firme, reiterada y de observancia obligatoria, emitida por los órganos competentes del Poder Judicial. Tiene tres funciones principales: confirmatoria de la ley, supletoria e interpretativa. En el primer supuesto, las sentencias ratifican lo contenido en la ley; es supletoria, cuando colma las lagunas de la ley y es interpretativa cuando explica el sentido de la ley y pone de manifiesto el pensamiento del legislador. Entre los sistemas para generar la jurisprudencia se pueden mencionar el reiterativo y por unificación. El primero, se refiere a la existencia de cinco resoluciones en el mismo sentido y emitidas de forma ininterrumpida. En el sistema por unificación, se forma por la resolución de contradicción de tesis.

Respecto al tema, el poder judicial ha emitido, aunque pocos, criterios en los que prevalece el derecho del gobernado a la protección de la salud, en tanto la garantía constitucional, facilitando el acceso a los servicios sanitarios, especialmente a la atención médica.

Por otra parte, la costumbre como fuente del derecho, se ha considerado como el procedimiento consuetudinario de creación del derecho y como el resultado de ese procedimiento, es decir, la norma consuetudinaria. Así, constituye una de las fuentes formales distinta a la legislación, a la jurisprudencia y a la doctrina. Antes de los sistemas de derecho escrito, la costumbre fue una de las principales fuentes del derecho. Sin embargo, no se puede concluir que esta fuente sea privativa del derecho no escrito. Un ejemplo es el artículo 1840 del código civil para el estado de Hidalgo que establece que: “El uso o las costumbres del Estado de Hidalgo se tendrán en cuenta para interpretar las ambigüedades de los contratos”. En estos términos, el reconocimiento de la obligatoriedad de la costumbre por el poder público puede manifestarse de manera expresa.

La costumbre jurídica tiene dos requisitos. El factor subjetivo u *opinio iuris*,

que es la creencia o convencimiento de que dicha práctica generalizada es imperativa y como tal produce derechos y obligaciones jurídicas; el factor objetivo o *inveterata consuetudo*, que es la práctica de la costumbre en sí y que debe ser reiterada y unívoca. Para que la costumbre represente una voluntad colectiva y espontánea debe ser general, constante, uniforme y duradera.

La norma consuetudinaria es el resultado del procedimiento jurídico de la creación de un conjunto de actos repetitivos de un órgano aplicador, que forman una disposición o una pauta de conducta, en virtud de la decisión de dicho órgano de incorporar un caso específico dentro de la repetición de sus actos, convirtiéndose en derecho aplicable; esto se refiere a que se le da valor jurídico a la costumbre y no ésta, se convierte en ley. De esta guisa, se puede apreciar que los principios éticos y científicos de la medicina, muchos de ellos de origen consuetudinario, constituyen “reglas” o “pautas” de conducta y que indudablemente son reglas jurídicas de carácter interpretativo. Es evidente que el derecho sanitario, tiene un gran componente de *normas consuetudinarias*.

Ahora bien, la doctrina es un conjunto de conceptos e ideas que formulan los juristas y transmiten en la enseñanza del derecho; es un elemento dogmático para el estudio y aplicación del derecho. Aun cuando representa el trabajo de estudiosos del derecho y pueda influir en el contenido de las normas, por derivar de la opinión de particulares carece de fuerza obligatoria.

Se considera fuente del derecho, en tanto la ley le conceda ese carácter. En el derecho romano, la *jurisprudencia*, entendida como la opinión de los jurisconsultos, constituyó una de las fuentes del derecho escrito.

Sin embargo, no se puede soslayar de las valiosas aportaciones que hacen los científicos del derecho, pues como se ha dicho, pueden influir en el autor de la legislación e incluso en la decisión de los tribunales.

Fuentes reales

Las fuentes reales del derecho son los factores y elementos que determinan el contenido de tales normas. Es decir, los hechos y el quehacer humano influyen en el contenido de esas disposiciones. El ejemplo típico es la revolución mexicana como fuente real de nuestra actual Constitución.

En cuanto a los preceptos que regulan los actos de protección a la salud, especialmente la atención médica, el quehacer médico, las actividades de las comisiones y comités en materia sanitaria, constituyen fuentes reales para el derecho sanitario. Tales comisiones y comités emiten criterios, muchos de ellos de carácter bioético, que indudablemente influyen en las decisiones al momento de valorar el acto médico.

Fuentes históricas

Comprenden todos aquellos documentos antiguos que contienen disposiciones normativas. A manera de ejemplo, se tiene el código de Hammurabi, el derecho novohispánico, sólo por mencionar algunos.

En el derecho sanitario, existen innumerables textos que encierran esas disposiciones. Así, el juramento Hipocrático, el Deuteronomio, el Levítico, la oración de Maimónides, los preceptos sanitarios del derecho azteca, son muestra de ello.

Muchas de estas fuentes contienen también aspectos éticos para la práctica médica que además de ser fuentes reales, son disposiciones de carácter consuetudinario que han influido en la legislación sanitaria.

Bioética

Para abordar el concepto de esta disciplina, es menester referirse a su origen etimológico. Del griego *bios* –vida– y *ethiké* –ética–, se aprecia, con mediana claridad, la con-

fluencia de la biología y la deontología, la ciencia y la conciencia.

Este término fue acuñado por Van Rensselaer Potter. Con ello, buscó crear una unión entre los hechos biológicos y los valores éticos. A mayor abundamiento, es la reflexión y acción ética sobre la vida biológica en sus diversas manifestaciones, pues estudia también temas como la práctica tecnocientífica en animales, vegetales y el medio ambiente.

Al respecto, Albarellos (2007) citando a Llanos Zuluaga, advierte una estructura de la bioética de la siguiente manera:

- **Microbioética.** Destinada al estudio concreto de las relaciones ético médica establecidas entre médico y paciente. Será el aspecto más abordado en este trabajo.
- **Mesobioética.** Se refiere al análisis de cuestiones como intervenciones biomédicas a niveles individuales y grupales, las terapias genómicas, la clonación, por mencionar algunas.
- **Macrobioética.** Se estudian temas como la genética poblacional, la contaminación genética y los problemas ambientales.

La bioética tiene como pilares fundamentales, a la ética, el derecho y las biotecnologías. La primera con su aportación de la teoría del bien, el segundo como un orden normativo y las terceras como la manifestación de las tecnociencias que modifican radicalmente el sistema de vida.

Para una mejor comprensión de esta disciplina, se cita nuevamente a Albarellos, (2007), quien parafraseando a Beauchamp y a Childress, señala los cuatro niveles de justificación del modelo disciplinario de la bioética: teorías, principios, reglas y juicios particulares. Dichos niveles son útiles para la resolución de dilemas bioéticos en la práctica médica.

Teorías

Las teorías dan fundamento y califican los resultados obtenidos y la finalidad de la acción humana. Para el primer caso, se agrupan las teorías objetivas y para el segundo las subjetivas.

En este sentido, el problema es determinar cuál es aplicable al caso concreto, pues sendas teorías tienen un mismo valor. A guisa de ejemplo, la amputación de una pierna por necrosis, supondría el menoscabo en la integridad del paciente y podría considerarse un acto malicioso; sin embargo, si el resultado es evitar la propagación de la necrosis y salvar la vida, se asumiría como un acto moral, siendo aplicable la teoría objetiva. Operaría la subjetiva en el supuesto de no lograr detener la necrosis, pero como la finalidad del acto médico estuvo encaminada a ello, se justifica la intervención. En este caso, ambas teorías tienen aplicación.

Una situación en la que predomina una de las dos, es cuando en un estudio experimental para una vacuna, se aplica un agente patógeno y se obtiene un desafortunado resultado de personas infectadas. Aun cuando la finalidad era obtener la inmunización, el resultado fastuoso convierte en negativo el acto.

Es evidente que la valoración ha de ser tomando en cuenta cada caso particular. De ahí que el criterio prevaleciente, pueda considerarse como una “regla” o “pauta” para casos posteriores.

Principios

Por lo que respecta a los principios éticos, fundamentalmente se dirigen a:

- Beneficiencia.
- No maleficencia.
- Autonomía.
- Justicia.

El primero –beneficiencia– es el presupuesto en la actuación del personal sanitario, pues le asiste la presunción de que siempre buscará el beneficio para el paciente, en razón a la ontología del acto médico; en términos generales, la *beneficencia* del médico tiene como límite la necesidad del paciente. La no maleficencia, consagrada en el principio de la ética médica *primum non nocere*, significa que no se causará daño al paciente. Es importante resaltar que en la aplicación de los tratamientos médicos se asume un riesgo permitido, pues al ser la medicina una ciencia inexacta, no puede asegurarse su inocuidad; no obstante, el médico debe observar el deber de cuidado y ponderar ineludiblemente el beneficio y riesgo de la medida terapéutica, lo cual justificará esa asunción del riesgo.

En cuanto a la autonomía o llamado también *permiso*, implica la capacidad de decidir sobre sí mismo, enterado de las consecuencias, positivas y negativas, del tratamiento indicado; este principio tiene íntima relación con el consentimiento informado.

Por último, el principio de la justicia se aplica cuando existe conflicto entre el de beneficencia del médico y el de autonomía del paciente. Asimismo, opera en la accesibilidad a los servicios de salud y en la asignación de recursos a las instituciones para una atención adecuada.

Reglas

Las reglas se desprenden de los principios. Es decir, los principios tienen un carácter general y son base para la emisión de las reglas. *V. gr.*, no indicar un tratamiento con mayor riesgo que beneficio, es una regla derivada del principio de no maleficencia. Estas reglas constituyen el paradigma de acción de la bioética. Merced a ello, se van generando como “pautas” o “estándares” en la prestación de la atención médica, que se convier-

ten en *reglas jurídicas interpretativas* al momento de la justipreciación del acto médico.

Juicios particulares

Éstos representan el análisis de los auténticos dilemas bioéticos que se enfrentan cotidianamente en la práctica médica. Es la valoración de cada caso particular, siguiendo las reglas que se han mencionado. Un ejemplo es cuando el matrimonio acude a consulta y al esposo se le diagnostica una infección de transmisión sexual y el médico no advierte a la esposa de tal situación. Por una parte, sabe del riesgo de contagio, pero lo limita el respeto al secreto profesional y deber de confidencialidad. Se insiste la importancia de las reglas en el estudio de estos dilemas.

Derecho en el contexto bioético

El carácter interdisciplinar de la bioética conlleva que su contenido sea abordado en diferentes perspectivas. En el apartado anterior, se ha visto cómo las teorías, principios y reglas aportan un valioso conjunto de “pautas” útiles para la valoración de los juicios particulares.

En este sentido, la *juridificación* de la bioética ha sido constatada por la emisión de diversos documentos normativos. A guisa de ejemplo, se tiene a la Declaración Universal de Derechos Humanos y Bioética –aprobada por la Conferencia General de la UNESCO en 2005–, considerados éstos como el mínimo que tiene el ser humano por el solo hecho de serlo, indudablemente se muestra la importante relación entre el derecho y la bioética; otros textos normativos son el código de Núremberg (1947) y las subsecuentes declaraciones de la Asociación Médica Mundial: Helsinki (1964) y Tokio (1975), por mencionar algunos.

Cierto es que la bioética implica pluralidad y consenso, elementos propios de una

sociedad democrática. En este rubro, cobra importancia la labor de los comités y comisiones de bioética y de ética en investigación. Sobre este último, el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, dispone en el artículo 104 que se incluirán personas de ambos sexos y profesionales con la capacidad de representar los valores morales, sociales y culturales de los grupos de investigación. En estos términos, las comisiones y comités mencionados, son un foro *ad hoc* para el debate informado y para la aportación desde diferentes puntos de vista. Así, los criterios que emitan constituyen pautas de especial interés que, además de servir de base para el análisis de los diversos dilemas, pueden contribuir a la generación de políticas públicas y regulaciones que reflejen el sentir de la sociedad, poniendo en común los diferentes enfoques y acervos profesionales y culturales.

Merced a ello, es necesaria la elaboración de normas para abordar los problemas de contenido bioético que se susciten. El poder público asume una gran responsabilidad en este sentido, no sólo por la importancia de la biomedicina en la salud de la población, sino también por no ignorar el avance científico y tecnológico, que se expresan en un beneficio para la sociedad. Sin embargo, el generar políticas públicas supone la elección de un modelo social que puede excluir a otros, pero que no puede ser resuelto sin el consenso previo. Son problemas que no entrañan un sentido unívoco y por tanto, implican una cuestión de axiología jurídica al determinar qué valores han de protegerse y cómo hacerlo. Es imposible que tal situación no provoque conflictos dentro del grupo social, de ahí que el derecho debe establecer los límites de lo permitido para tal efecto.

Como ha sido expuesto, es evidente la gran relación que existe en la bioética y el derecho, que según se ha afirmado, el diferenciar tales disciplinas no necesariamente implica separarlas.

Bibliografía

- ALBARELLOS, L. (2007). "Bioética con trazos jurídicos". México. Ed. Porrúa.
- CASAMADRID MATA, O. (1999). "La atención médica y el derecho sanitario". México. JGH Editores.
- CÓDIGO CIVIL PARA EL ESTADO DE HIDALGO. P.O.E. 8-oct-1940. Última reforma P.O.E. 6-sep-2004.
- CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. DOF 5-feb-1917. Última reforma D.O.F. 24-ago-2009.
- GARCÍA MÁYNEZ, E. (2001). "Introducción al estudio del Derecho". México. Edit. Porrúa.
- GARCÍA MÁYNEZ, E. (2006). "Introducción a la lógica jurídica". México. Colofón.
- GARCÍA MÁYNEZ, E. (2007). "Filosofía del Derecho". México. Ed. Porrúa.
- LEÓN RABAGO, D. (1998). "La Bioética para el Derecho". México. Universidad de Guanajuato.
- LEY GENERAL DE SALUD. D.O.F. 7-feb-1984. Última reforma D.O.F. 28-ago-2009.
- POUND, R. (1995). "Justicia conforme a Derecho". México. Colofón.
- RADBRUCH, G. (1993). "Introducción a la Filosofía del Derecho". México. Fondo de Cultura Económica.
- RAHAIM, S. (1980) "Introducción a la Filosofía". México.
- REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD. D.O.F. 6-ene-1987.
- REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA. D.O.F. 29-abr-1986
- ROMEO CASABONA, CM. (2003). "Los desafíos jurídicos de las biotecnologías en el umbral del siglo XXI". Comares. España.

Capítulo

7

Los derechos humanos ante las perspectivas de la bioética. Puntos de encuentro



Dr. Luis GONZÁLEZ PLACENCIA
Mtra. Mariana LOJO SOLÓRZANO

“Nosotros los pueblos de las Naciones Unidas resueltos a preservar a las generaciones venideras del flagelo de la guerra que dos veces durante nuestra vida ha infligido a la Humanidad sufrimientos indecibles, a reafirmar la fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana, en la igualdad de derechos de hombres y mujeres y de las naciones grandes y pequeñas, a crear condiciones bajo las cuales puedan mantenerse la justicia y el respeto a las obligaciones emanadas de los tratados y de otras fuentes del derecho internacional, a promover el progreso social y a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad, y con tales finalidades a practicar la tolerancia y a convivir en paz como buenos vecinos, a unir nuestras fuerzas para el mantenimiento de la paz y la seguridad internacionales, a asegurar, mediante la aceptación de principios y la adopción de métodos, que no se usará la fuerza armada sino en servicio del interés común, y a emplear un mecanismo internacional para promover el progreso económico y social de todas las naciones, hemos decidido aunar nuestros esfuerzos para realizar estos designios.”

(Preámbulo de la Carta de las Naciones Unidas, 1945)¹

LA SEGUNDA Guerra Mundial marca un hito en la comprensión de la humanidad sobre sí misma. El desarrollo tecnológico dio muestras inéditas de barbarie y maltrato entre los seres humanos. A partir de entonces, se establece un nuevo marco jurídico respaldado por la integración de la Organización de las Naciones Unidas. Una vez firmada la Declaración Universal de los Derechos Humanos, a la luz de documen-

¹ Disponible en línea [<http://www.un.org/spanish/docs/spchart.htm#nota>]

tos previos como la *Declaración de los derechos del Hombre y del Ciudadano* (Francia, 1789), el *Habeas Corpus* (Inglaterra, 1679), la *Carta Magna* (Inglaterra, 1215) y las cuatro *convenciones de Ginebra* (1864, 1906, 1929, 1949) —entre otros—, se desencadenan nuevos mecanismos con el fin de propiciar límites para el actuar humano con base en el respeto irreductible a la dignidad humana; dignidad que le es propia a todas las personas sólo por el hecho de ser humanas y sin distinción alguna.

El reconocimiento de estas garantías inherentes a la vida humana cuestiona los abusos sistemáticos de los órganos legítimos de poder sobre las personas —sea cual sea la institución de la que se trate— en tanto, la lógica de dominio que reproduce dichos abusos parte de la asunción de que algunos seres humanos son más valiosos que otros. Por lo que, si asumimos hasta las últimas consecuencias la igual dignidad que compartimos los seres humanos, estamos obligados a reflexionar sobre las prácticas institucionalizadas de violencia social, tanto privada como pública, en donde las relaciones humanas se motivan significadas por principios autoritarios de comunicación. Es decir, estamos comprometidos con motivar nuevas formas de relaciones humanas.

Los ideales que motivaron la Organización de las Naciones Unidas se forjan, en nuestros días, como un proceso de desarrollo de una nueva cultura que se funda en el ejercicio efectivo de los derechos humanos, en el cual los países han avanzado lentamente, con base en los compromisos adquiridos a través de los instrumentos internacionales (las convenciones, declaraciones, pactos,

tratados, protocolos y protocolos facultativos), una vez que han sido ratificados por ellos mismos.

Esta tendencia nace en el seno de las garantías civiles y políticas y, a lo largo del siglo pasado, este ámbito se amplía hacia otras garantías constitutivas del desarrollo de las libertades de la condición humana y de las necesidades que el desarrollo de la vida implica. De esta manera, se incluyen en la agenda progresiva de los derechos humanos, con mayor desarrollo y especificidad, los derechos económicos, sociales y culturales, así como los derechos ambientales. Aunado a esto, surgen estándares específicos en materia de derechos humanos que se ocupan, en particular, de grupos de población, como por ejemplo: las mujeres, las y los niños, las personas con discapacidad, etcétera.

La bioética, por su parte, responde también a las atrocidades de la segunda guerra mundial, levanta la mirada hacia los abusos de la experimentación científica con seres humanos, la eugenesia², la relación médico-paciente, la ética médica, la salud pública y, en general, sobre el impacto que el desarrollo de las tecnologías de la vida tiene para la autonomía y dignidad humana, así como para la preservación del ambiente. Por otro lado, la bioética, desde su origen, se nutre de la reflexión médico biológica, por lo que no sólo se finca en esta coyuntura de la posguerra y se sitúa de manera importante dentro de la tradición anglosajona del saber; entre sus principales representantes destacan V.R. Potter, T. L. Beauchamp y J. F. Childress.

La distinción específica de esta disciplina se define por la interrogación ética sobre las paradojas³ que la evocan e intenta

2 La eugenesia o “buen nacer” es una práctica que ha dado lugar a políticas de segregación racial y social en aras del perfeccionamiento genético de la raza humana, como por ejemplo: esterilizaciones masivas. Al mismo tiempo, sigue abierta la discusión sobre cuáles son los límites para la mejora de la calidad de vida de las personas ante la posibilidad de contar con las ventajas de la medicina genómica.

3 Paradojas que van desde el debate sobre la clonación humana hasta los derechos de los animales, pasando por la eutanasia, el aborto, la medicina genómica, la neuroética, la ecología, los trasgénicos, y la justicia distributiva; por citar sólo algunos de los dilemas paradigmáticos de los que se ocupa este saber.

reconciliar (con justicia). En este afán, tiende puentes entre las perspectivas jurídica, científica y biológica, se interroga desde la filosofía, dialoga con la psicología y con la experiencia médica, y establece parámetros para la norma y la reflexión, a partir de casos concretos de estudio y aplicación. Con apertura hacia diversas ramas del conocimiento como puede ser la sociología, la economía, la antropología, etcétera.

La perspectiva bioética implica una toma de conciencia de que el ámbito de la moralidad, los marcos jurídicos y los códigos de conducta médica han sido rebasados por las posibilidades que el desarrollo tecnocientífico han abierto para el ejercicio de la libertad humana. Junto con el convencimiento de que es imprescindible una ética humana que garantice el respeto entre humanos y humanas, así como, establezca los límites para una relación ambiental equilibrada.

Ante esto, no siempre es clara la estrecha dependencia que existe entre las perspectivas de la bioética y los derechos humanos. Existen dos aproximaciones obvias entre la bioética y los derechos humanos, por un lado, el principio de la dignidad humana como eje rector y, por otro, el ordenamiento jurídico internacional; los cuales están estrechamente relacionados.

De acuerdo con el entramado normativo internacional, para la bioética, destaca el código de Núremberg (1946) que establece límites morales, éticos y legales para la práctica de experimentos con seres humanos para que las personas no queden supeditadas al desarrollo del conocimiento. Por el contrario, de acuerdo con este código, los resultados de la investigación científica deben supeditarse a los parámetros que garantizan el respeto a la dignidad humana, la cual impide tratar a un ser humano como medio. A la base de este parámetro subyace –implícitamente– el hecho de que cada persona es un fin en sí mismo (de ahí que la

autonomía es inherente a la condición humana), que cada ser humano es único y que los seres humanos son iguales debido a la condición específica de identidad que define a cada uno de ellos como personas significativamente diferentes entre sí. Por esta razón, los seres humanos están obligados a tratarse con respeto y a trascender los abusos del dominio y del poder en la búsqueda por una vida más humana. Es decir, entre humanos, todos son igualmente dignos, precisamente, porque son humanamente diferentes entre sí y en esta diferencia radica su irrenunciable dignidad.

En este mismo tenor, se cuenta con la declaración de Helsinki (1964, revisada en 2000) en donde, además, se especifican algunos procedimientos sobre las características del consentimiento informado de los sujetos de investigación y el funcionamiento de los comités de ética en investigación que evalúan y aprueban el curso de los protocolos de investigación, una vez que se han valorado los riesgos involucrados, los posibles conflictos de interés y la protección para los participantes.

En lo que refiere a la ética en investigación y a la relación médica entre el personal de salud y los pacientes (o usuarios de los servicios de salud), se cuenta con un amplio marco normativo que regula los derechos de los pacientes y la conformación de comités de ética y bioética, a través de los cuales se canalizan las situaciones en las que hay algún riesgo para las personas involucradas. Lo cual amplía el ámbito de la experimentación con seres humanos y nos remite al desarrollo de uno de los campos más ricos de la bioética, a saber: la ética médica. En este sentido, cabe resaltar que la incidencia de la bioética es paradigmática y de alto impacto.

Si bien los médicos ya contaban con principios éticos para el ejercicio de su práctica desde tiempos remotos, la norma bioética trasciende estos códigos de conducta ya interiorizados y apela a una percepción nue-

va de las prácticas médicas. En donde los individuos establecen una relación cada vez menos asimétrica y el monopolio médico sobre el conocimiento del cuerpo de sus pacientes se diluye ante el derecho que tienen todos los individuos de decidir sobre sí mismos y de, incluso, supeditar criterios médicos a sus creencias de vida (religiosas o no). Ejemplo de ello es la toma de conciencia de que se tiene derecho a solicitar una segunda opinión, a negarse a recibir un tratamiento específico e incluso a decidir bien morir, en los términos que cada persona lo interprete para sí. Lo cual entra en contradicción con algunos de los códigos médicos a los que su formación los obliga de manera natural; y cuestiona el poder ilimitado que yace junto a la ilusión de que el médico no sólo alarga la vida en las mejores condiciones posibles, sino que puede, incluso, evitar los designios de la muerte.

A este respecto no hay muchas dificultades para establecer la relación entre la bioética y los derechos humanos y trazar ámbitos de protección integral. Ya que el fundamento normativo de la bioética reside en los estándares internacionales de derechos humanos –se puede decir– de manera subordinada. En lógica inversa, en lo que refiere a la materia de ecología y relación ambiental, la bioética va a la vanguardia y la argumentación jurídica en materia de derechos humanos recurre a ella –o al menos debería intentar hacerlo– cuando se trata de violaciones al derecho al medio ambiente. Con la ventaja de que la bioética tiene una perspectiva mucho más amplia, la cual abarca reflexiones sobre una ética para la vida que modifica la relación personal con el medio ambiente y cuestiona la prioridad humana sobre las garantías de los derechos tutelados, al introducir la reflexión sobre los derechos de los animales y los derechos del medio ambiente como ente y no en referencia al disfrute o no de sus ventajas y virtudes. De esta manera, la aproximación

desde la bioética a los derechos ambientales cuestiona la precariedad del sujeto moderno como poseedor absoluto de verdades o verosimilitudes y abre la discusión sobre cuáles son los límites justos que una ética para la vida le impone a los seres humanos.

En cambio, los derechos humanos se fincan y fortalecen para establecer los límites irreductibles para el ejercicio del poder ante la constatación de sus abusos. Lo cual tendría que implicar también una nueva ética del poder ya que, en última instancia, son seres humanos concretos quienes cometen abusos de poder en potestad del Estado (o en potestad de algún monopolio institucionalizado). De esta manera, en lo que refiere a la ética se puede observar, también, que se entrelazan (o podrían relacionarse) las perspectivas bioéticas con los derechos humanos. Sin embargo, el discurso de la defensa de los derechos humanos no se propone deconstruir la subjetividad en donde se encarnan las garantías individuales como obligaciones ineludibles del estado de derecho, así como tampoco se ocupa de las obligaciones que para con el “otro” el individuo contrae a la luz del contrato social.

En concordancia con lo anterior, y con respecto al análisis de los derechos humanos que la bioética puede desarrollar, los estándares internacionales de derechos humanos también se pueden interpretar como subordinados a las perspectivas de la bioética, ya que ésta va aún más allá: nos remite a las prácticas concretas y a la posibilidad de repensar nuestra propia humanidad. En contraposición con el papel fundamental de los derechos humanos en la defensa de las garantías concretas que el presente nos ofrece, ante la amenaza de alguna violación o vulneración de las mismas, sin apelar, necesariamente, a ética alguna.

Sin embargo, cada vez se abren más perspectivas desde el ámbito de los derechos humanos para la promoción, la formación y la educación en derechos humanos, lo cual,

una vez que se postula como cultura, implica valores éticos y morales, ineludiblemente; sobre los cuales habría que reflexionar un poco más. Ya que, bien es sabido, la formalidad del derecho no redundará en el hábito de la vida. Y quizá una puerta para la ética del ejercicio de los derechos humanos sea la bioética, puesto que una cultura que deja de reflexionar sobre sí y sobre las prácticas que la constituyen redundará en alguna forma de violencia para quienes de ella se nutren; asimismo, un paradigma que no se nutre de sus rupturas se agota irremediablemente. La bioética implica siempre un diálogo de frontera con los dilemas que la ocupan y una reflexión viva sobre la ética como práctica de vida que sabe de sí.

Para concluir el camino trazado para el desarrollo de este artículo, se observa que el marco normativo en el cual se fundamenta la bioética hoy en día —integrado principalmente por la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos (2005), la Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos (2003), la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos (1997)—, y conforme lo establece la propia declaración de 2005, aprobada por la Conferencia General de la UNESCO con el fin de respetar y aplicar los principios fundamentales de la bioética, está compuesto, entre sus antecedentes y referentes obligados, precisamente por la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966), la Convención Internacional de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1965), la Convención de las Naciones Unidas sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979), la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos (1989), el Convenio de las Naciones Unidas sobre

la Diversidad Biológica (1992), las Normas uniformes de las Naciones Unidas sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad aprobadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1993, la Recomendación de la UNESCO relativa a la situación de los Investigadores Científicos (1974), la Declaración de la UNESCO sobre la Raza y los Prejuicios Raciales (1978), la Declaración de la UNESCO sobre las Responsabilidades de las Generaciones Actuales para con las Generaciones Futuras (1997), la Declaración Universal de la UNESCO sobre la Diversidad Cultural (2001), el Convenio de la OIT (Nº 169) sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes (1989), el Tratado Internacional sobre los Recursos Fitogenéticos para la Alimentación y la Agricultura aprobado por la Conferencia de la FAO el 3 de noviembre de 2001 y vigente desde el 29 de junio de 2004, el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio (ADPIC) anexo al Acuerdo de Marrakech por el que se establece la Organización Mundial del Comercio y vigente desde el 1º de enero de 1995, la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública (2001); junto con los demás instrumentos internacionales aprobados por las Naciones Unidas y sus organismos especializados, en particular la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS); y aunado a los instrumentos internacionales y regionales relativos a la bioética, como son la Convención para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del ser Humano con Respecto a la Aplicación de la Medicina y la Biología, la Convención sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina del Consejo de Europa, (aprobada en 1997 y vigente desde 1999), junto con sus protocolos adicionales, así como las legislaciones y reglamentaciones

nacionales en materia de bioética, los códigos de conducta, directrices y otros textos internacionales y regionales sobre bioética, como la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial relativa a los trabajos de Investigación Biomédica con Sujetos Humanos, aprobada en 1964 y enmendada sucesivamente en 1975, 1983, 1989, 1996 y 2000, y las guías Éticas Internacionales para Investigación Biomédica que involucra a Seres Humanos del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas, aprobadas en 1982 y enmendadas en 1993 y 2002.

De esta manera, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos consolida, por primera vez en la historia de la bioética, un compromiso entre los Estados Miembros de la Conferencia General de la UNESCO para cumplir y respetar los principios bioéticos fundamentales al abor-

dar los problemas éticos que plantean la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías en lo que corresponde al ser humano, el respeto de la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales. Esta declaración, tal y como se expresa en su prefacio, reconoce, explícitamente, la interrelación existente entre la ética y los derechos humanos en el terreno concreto de la bioética. (Matsuura Koïchiro; 2005)

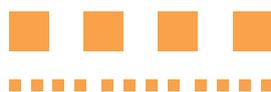
El vínculo fundamental que existe entre la bioética y los derechos humanos también es plausible si aplicamos el principio de progresividad y atribuimos a la bioética un ámbito concreto de especificidad en materia de derechos humanos. En definitiva, la vulnerabilidad de la vida es una motivación para los esfuerzos que protegen y defienden los derechos humanos. Y la vida humana, en su complejidad, es el aliento que todos compartimos.

Bibliografía

- CARTA DE LAS NACIONES UNIDAS
CÓDIGO DE NÜREMBERG
DECLARACIÓN UNIVERSAL SOBRE EL GENOMA HUMANO Y LOS DERECHOS HUMANOS
DECLARACIÓN DE HELSINKI (Revisada en 2000)
DECLARACIÓN INTERNACIONAL SOBRE LOS DATOS GENÉTICOS HUMANOS
DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS
DECLARACIÓN UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA Y DERECHOS HUMANOS
- GONZÁLEZ, J. (2005) *Genoma humano y dignidad humana*, Anthropos/UNAM, Barcelona.
- GONZÁLEZ, J. (coord.) (2006) *Dilemas de bioética*, FCE/CNDH/UNAM, México.
- MARTÍNEZ PALOMO, A. (coord) (2005) *Hacia una declaración de normas universales de bioética*, El Colegio Nacional, México.
- POTTER, R. (1971) *Bioethics, bridge to the future*, Prentice-Hall, New Jersey.
- SAGOLS, L. (2006) *Interfaz bioética*, Fontamara/UNAM, México.

Capítulo 8

La enseñanza de la ética en escuelas de educación superior



Men C Ana María TÉLLEZ LÓPEZ

LA BIOÉTICA representa hoy un movimiento universal de responsabilidad profesional y, por su concepción de ética global, es de la competencia de todos. Para los integrantes del equipo de salud es, además, un sistema de reflexión moral en todos los acontecimientos de la vida, como constante llamada de alerta, a efecto de respetar los derechos humanos, procurar siempre la beneficencia y la justicia, respetando la autonomía y dignidad de la persona humana y protegiendo a los enfermos y a los seres vivos en general, incluyendo el deber social de disponer y utilizar los recursos con responsabilidad racionalmente considerada en la justa distribución y en su utilización.

En este siglo de la ciencia, la tecnología y la comunicación, la educación superior experimenta una ausencia de educación en bioética en casi todas las universidades y, en las pocas que existe, limitadas a las Fa-

cultades de Ciencias de la Salud, como si la bioética fuera movimiento exclusivo de los profesionales de este campo y no de quienes deben asumir responsabilidades como: el cultivo de la tierra, la protección del ambiente, de la vivienda, de la economía y del derecho, en forma más concreta. No se han desarrollado programas de bioética que integren a todas las ciencias, conocimientos y actividades de investigación, orientados hacia la formación de hombres y mujeres íntegros, con valores sólidos, de respeto a la dignidad humana, a la calidad de vida y a los derechos humanos.

Por otro lado, la mayoría de los estudiantes universitarios no han sido inmunes a cambios sociales importantes; más bien, son el resultado de ellos; su participación en la producción de conocimientos y creación científico-tecnológica es escasa; la investigación sigue dependiendo de la iniciativa e inte-

rés personal de unos pocos docentes, no existe un sistema de promoción de la investigación y de formación de investigadores. Tampoco se ha estimulado el desarrollo de la formación humanista y artística de los estudiantes, menos aún el cultivo de los valores humanos y el destierro del mercantilismo y la corrupción.

Las universidades siguen enclaustradas en sus muros, sin una verdadera proyección social ni relación con los sistemas ni instituciones de producción. Muy alejadas de un cambio que facilite desplazar aquella educación centrada desde el profesor hacia el estudiante, y sobre todo en hacer ciencia o mejorar la sociedad. Mantiene los métodos tradicionales de “enseñanza”, sin priorizar estrategias de aprendizaje que estimulen la participación, la creatividad y la responsabilidad de los estudiantes, para que de esta manera se aprovechen los avances tecnológicos de la información y comunicación.

Realmente son pocas las universidades que utilizan la educación enfocada en los problemas, así como los modernos sistemas de telecomunicación y de informática. Su coordinación con los organismos estatales para la formación de estudiantes en las profesiones especializadas de salud, ecología, ingenierías, ciencias ambientales y planificación económica es nula, con la consecuencia de egresados lanzados a la desocupación y frustración. No se ha logrado racionalizar la planificación de nuevas universidades y mejores carreras y, lo que es más grave, tampoco de la educación de postgrado, dejando puertas abiertas al mercantilismo, improvisación e ineficiencia.

No basta con una educación estrictamente científica, actualizada y del alto nivel académico, se requiere de que en su proceso formativo, no solamente adquieran conocimientos, sino además destrezas y habilidades, para no sólo “saber hacer” sino, fundamentalmente, comprobar la “razón del hacer”, a la vez que las actitudes y los valores éticos-morales se mejoren, es decir, hay que entender las cualidades humanas, que nos ofrecen la

oportunidad de preservar la vida, de apreciar nuestra cultura ancestral, de ennoblecer nuestra existencia, de servir y no hacer daño a los demás, de ser honestos, generosos y tolerantes; se requiere de que los componentes éticos, sociales y humanos sean de estudiantes, docentes y de la institución en su totalidad. Ya lo decía Einstein, en su reflexión: “Existe un peligroso desequilibrio entre el progreso científico del mundo actual y el escaso grado de madurez moral de la sociedad”.

En 1997 se señaló en la 29^{ava} Conferencia General de la UNESCO la necesidad de promover la enseñanza de la bioética. La Conferencia Mundial sobre la Ciencia, en su declaración sobre la ciencia y de la utilización del saber científico, adoptó una perspectiva más amplia, contemplando que los programas de enseñanza en ciencias deberían incluir la ética científica. Recalcando que: “La ética y la responsabilidad de la ciencia deberán ser parte integrante de la enseñanza y de la formación suministradas por y para todos los científicos”.

Durante la 32^{ava} Conferencia General de la UNESCO en 2003, un cierto número de Estados miembros manifestaron la necesidad de iniciar y de sostener programas de enseñanza de la ética, no solamente en el campo de la bioética, sino además en materia de educación científica y profesional. En 2004, basándose en estas declaraciones y recomendaciones, la UNESCO lanzó el programa de enseñanza en ética, la cual varía considerablemente entre las regiones y los países, y exige una atención particular respecto a las cuestiones morales relevantes de estas regiones específicas. Sobre la base de dichas recomendaciones e informes, la UNESCO lanzó en 2004 el Programa de Enseñanza en Bioética.

Es importante generar en los estudiantes una actitud positiva de reflexión, de alerta y de sensibilización acerca de los dilemas éticos que probablemente estos encontrarán en sus vidas profesionales. La anterior conferencia señaló, que concierne en particular a la

Comisión Mundial de Ética de Conocimientos Científicos y de Tecnologías (COMEST) de la UNESCO de proseguir el trabajo en este dominio. Si el Comité Internacional de Bioética orienta sus reflexiones hacia dicho tema, la COMEST, establecida en 1998, cubre otros campos de la ética aplicada en relación con las ciencias y las tecnologías.

En el año 2003, la COMEST publicó un informe titulado *La enseñanza de la ética*. En donde la primera recomendación del consiste en animar a las universidades y otras instituciones de educación superior para implementar un programa de enseñanza en ética a tres niveles: a) cursos elementales de ética para todos los estudiantes, b) cursos más avanzados, y c) cursos dirigidos a un doctorado en ética.

Por todo lo anteriormente expuesto, se recomienda desarrollar cursos de ética y sostener la enseñanza de la ética en los países en desarrollo, es necesario desarrollar un sistema global de certificación para dichos programas y para la evaluación de las cátedras UNESCO.

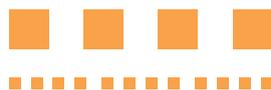
La importancia de la enseñanza de la ética fue recalcada en la Declaración Universal sobre la Bioética y los Derechos Humanos, adoptada en el 2005. El artículo 23 de dicha declaración, anima a los Estados miembros a favorecer la enseñanza y la formación en materia de bioética a todos los niveles, y a promover la difusión de dichos programas. No cabe duda que la enseñanza de la ética es una manera eficaz y atractiva para aplicar las disposiciones de dicha declaración.

Bibliografía

- BERMÚDEZ, C. (2006) Necesidad de la bioética en la educación superior. *Acta Bioethica*; 12:1.
- CALVERT, M.; SKELTON, J. (2008) The need for education on health related-quality of life. *BMC Med Educ*. 8: 2. Published online 2008 January 14. doi: 10.1186/1472-6920-8-2.
- CUER, P. (1999) Iniciación a la bioética. La salud y los derechos humanos: aspectos éticos y morales. Washington (DC): OPS/OMS. (Publicación Científica, 574)
- DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Disponible en: <http://www.wma.net/s/ethicsunit/helsinki.htm>
- DECLARACIÓN DE HELSINKI. Revisiones 1999 y 2000. *New England Journal of Medicine*, 341:527, 531. *Lancet*, 356:1123.
- DECRETO por el que se crea el órgano desconcentrado denominado Comisión Nacional de Bioética. Diario Oficial de la Federación 2 septiembre 2005.
- EMILI, J. (2002). Caught in the middle: ethics and human rights. *Can Fam Physician*, 48:1923–1927.
- GRACIA, D. (1990). Introducción. La Bioética Médica. *Bol Of Sanit Panam*, 108(5-6):374-8.
- SOUTHGATE, L. et al. (1987). Teaching Medical Ethics Symposium. *J Med Ethics*, 13:139–143.
- THE TEACHING OF ETHICS REPORT. (2003). Report of the Working Group on the teaching of ethics of The World Commission on the ethics of Scientific Knowledge and Technology (COMEST) Paris.
- THOMAS, J. (2003). Teaching ethics in schools of public health. *Public Health Rep*, 118(3):279–286.

Capítulo 9

Bioética de la atención nutricional



LN Luis Alfredo TRUJANO RAMOS
LN Yunuen PRUNEDA PADILLA
LN Yeymee Lissbeth RUBIO GONZÁLEZ

EN ESTE CAPÍTULO se pretende mostrar el importante papel de la ética en el ejercicio profesional del nutriólogo con el fin de dar a conocer las estrategias que pueden ser útiles en la cotidianidad de la atención al paciente.

Se comienza por definir el concepto de bioética y una de sus subdivisiones llamada ética clínica, que es de interés particular para el nutriólogo clínico, así como los principios de la bioética y la responsabilidad del personal de salud antes estos, basándose en que en publicaciones recientes la nutrición es vista como un derecho humano. Por tanto, se hace necesario mencionar, que el nutriólogo como parte de un equipo multidisciplinario de salud, está involucrado dentro del marco de la bioética.

Se plantean las disposiciones generales del código de ética del nutriólogo y el deber

de poner todos sus conocimientos científicos y recursos técnicos en el desempeño de su profesión, así como tener en cuenta la autonomía, derechos y deberes del paciente en todo momento.

Dado que existe un gran dilema en sí el soporte nutricional es visto como un derecho o como un tratamiento, se incluyen los aspectos éticos a considerar en la enfermedad terminal, ya que constituye una situación en la que están implicadas decisiones muy complejas y por tanto, impregnadas de un marcado competente ético, así como la necesidad de prescribir o retirar el soporte nutricional.

Se enfatiza también la relevancia del conocimiento de los principios éticos para la toma de decisiones que proporcionen beneficios reales para el paciente. Se abordan también las estrategias o corrientes que se podrían tomar como líneas de acción, de-

jando siempre a criterio del profesional de la salud el tratamiento otorgado a cada caso. Poniendo de manifiesto que el deber del nutriólogo es proporcionar información veraz y clara refiriéndose a beneficios, contraindicaciones y efectos secundarios de productos alimentarios que se comercialicen.

Estos deberes siempre subjetivos, ya que la ética no tiene un deber legal si no moral, por tanto depende o se basa en los valores y principios morales de cada individuo ejerciendo su profesión.

Introducción

La práctica profesional de la nutriología trata sobre la alimentación y el beneficio que se obtiene a través de los nutrientes. Como profesión se distingue en que sus miembros disciplinarios tienen la capacidad y habilidad para evaluar el estado nutricional de una persona y de una comunidad y, a través de esta evaluación, pueden intervenir desde la orientación alimentaria, la prescripción dietética, la educación en salud, en la prevención, control y curación de los distintos estadios en el desarrollo humano, en el hombre sano, en el paciente enfermo, en la población vulnerable y en la seguridad alimentaria.

Como parte de la solicitud internacional para contar con los lineamientos internacionales en materia de ética en y sobre organismos biológicos, seres humanos, así como la Carta Internacional de los Derechos Humanos, a través de su Conferencia General No. 33, el 19 de octubre de 2005, se estableció la Declaración Universal en Bioética y Derechos Humanos (UNESCO).

Los estándares internacionales actuales que permiten incluir a los nutriólogos dentro del marco bioético internacional como parte de la comunidad científica y que además se aplican a las actividades de los nutriólogos están normados a través de:

Investigaciones científicas (para investigación en nutriología) (CIOMS, 2002).

Bioética clínica (para actividades/servicios individuales de nutriólogos) establecido en el Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial de 2006.

Ética de educación (para actividades apropiadas) Código de la Ética Educativa abordado en el Código Deontológico de los Profesionales de la Educación.

Ética ecológica (para planificación comunitaria y desarrollo sustentable) Código de Ética Ambiental de la Procuraduría Federal de Protección al Ambiente de 2006.

El Código de Ética del Nutriólogo del Colegio Mexicano de Nutriólogos tiene como finalidad sensibilizar a los agremiados en su ejercicio profesional y vigilar se desenvuelvan en un ámbito de honestidad, legitimidad y moralidad, en beneficio de la sociedad. Vigila el cumplimiento de los sistemas normativos, legal y ético, establecidos por la ley reglamentaria del artículo 5° constitucional y relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal.

El manifiesto de las disposiciones generales del código orientará la conducta del nutriólogo en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, sus socios, pacientes, superiores, subordinados, sus colegas y consigo mismo, el cual será aplicable en cualquier actividad profesional.

El nutriólogo debe conducirse con valores y en estricta observancia a las normas legales y éticas de su profesión. Deberá responder individualmente por sus actos que, con motivo del ejercicio profesional, dañen o perjudiquen a terceros o al patrimonio cultural.

Respecto al deber con el paciente establece que el nutriólogo deberá limitarse a mantener una relación profesional con sus pacientes, siendo honesto, leal y conduciéndose con verdad ante su paciente comunicándole sobre los riesgos cuando existan. Así, cobrar sus honorarios en razón de la proporcionalidad, importancia, tiempo y

grado de especialización reconsiderando el monto de sus honorarios de acuerdo con la limitación económica de su paciente o bien renunciar a este cobro si los trabajos que realizó no fueron elaborados en concordancia con lo requerido o haya incurrido en negligencia, incumplimiento o error profesional, realizando los ajustes necesarios sin cobro adicional por un servicio ineficiente (ley reglamentaria del artículo 5º constitucional).

Con respecto a los derechos del paciente, en México se reconoce, a partir de la promulgación en 1917 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la cual en su capítulo 1º constituye las garantías individuales y específicamente en el artículo 4º el derecho a la salud. Después, sucede la publicación del código de Núremberg en la década de los años de 1950, en esta se establecen los derechos de los enfermos, con un sentido jurídico.

Los 10 preceptos que concentran tanto las aspiraciones del personal de salud como de los enfermos y de la sociedad en general (Asamblea Médica Mundial, 1990), (Congreso Nacional de Colombia, 2000) están sustentados en valores universalmente reconocidos como derechos a:

1. La vida.
2. La protección de la salud.
3. La autonomía.
4. La información.
5. La verdad.
6. La confidencialidad.
7. La libertad.
8. La intimidad.
9. Un trato digno.
10. La mejor atención médica.

La conducta del nutriólogo se rige tanto por sus valores personales como por sus principios éticos fundamentales del ejercicio de su disciplina. Ahora bien, existen dos marcos éticos generales en la práctica clínica.

El interés por la autonomía del paciente subordina a su beneficio. Las acciones se definen como correctas si conducen al bienestar del enfermo. Se trata a una ética orientada a los resultados, en que la autonomía tiene una importancia marginal y el paternalismo sólo es erróneo cuando se alcanzan los beneficios deseados por el paciente.

Por otro lado, el punto de referencia es el respeto al paciente y al ejercicio de su autonomía. Esto significa que debe solicitarse su consentimiento para cualquier maniobra que se vaya a efectuar y evitarse toda coerción, incluso el paternalismo.

Para que un paciente tome una decisión válida, suele considerarse como requisito indispensable que actúe con autonomía y competencia.

La discusión sobre la autonomía y el consentimiento informado ha contribuido significativamente a incrementar el ámbito de las decisiones de los pacientes y que se manifiesta muy claramente en el caso de las enfermedades terminales.

Existen diferentes formas de decisiones que tiene implicancia en el grado de salud y de bienestar de cualquier ser humano. Es necesario que el nutriólogo, basándose en conocimientos, ética y criterio, tome decisiones correctas para sus pacientes, siempre haciendo de su conocimiento el beneficio parcial o total que debe esperar del tratamiento.

La nutrición como un derecho

Proporcionar una suficiente y adecuada nutrición es un derecho básico para los pacientes enfermos.

La declaración de Cancún por el derecho humano de los enfermos a recibir una terapia nutricional oportuna y óptima en cualquier lugar donde se encuentren ha sido emitida por los Presidentes de las Sociedades y Asociaciones de Nutrición Clínica y Terapia Nutricional de América Latina y

el Caribe, en el marco del XI Congreso de FELANPE/XV Congreso de AMAEE, en la ciudad de Cancún Quintana Roo, México, el día 20 de mayo de 2008.

La Asociación Americana de Nutrición Parenteral y Enteral (ASPEN) y la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN), reunidos en la ciudad de Cancún, Quintana Roo, México con motivo del XI Congreso Latinoamericano del 18 al 21 de mayo de 2008, ha garantizado su compromiso para que todo enfermo sea valorado nutricionalmente al ingreso a los servicios de salud de primero, segundo y tercer nivel de atención del sector público, privado o de asistencia social del mundo y en especial de Latinoamérica y reciba una atención nutricional oportuna, completa, suficiente y de calidad, proporcionada por profesionales de la salud capacitados, que prevenga el riesgo de la desnutrición hospitalaria y reduzca el número y la severidad de las complicaciones relacionadas con el proceso de la enfermedad que llevó al paciente a hospitalizarse, además de mejorar su calidad de vida, su sobrevivencia y reducir los costos relacionados con la atención de la enfermedad en estos hospitales. Así también a los enfermos por exceso y/o desbalance en su alimentación o por alteraciones en su metabolismo cursan con sobrepeso y obesidad.

Es derecho humano de los enfermos a recibir una terapia nutricional oportuna y óptima en cualquier lugar donde se encuentren uniendo esfuerzos se presentará un frente común y coordinado que permita que cualquier paciente ingresado en el hospital tenga acceso a un derecho fundamental de la persona humana como lo es la nutrición oportuna, completa, suficiente y de calidad durante su internamiento y sobre todo a la prevención de la desnutrición hospitalaria.

Por tanto, la atención nutricional no es una opción, es una necesidad impostergable para todo paciente. El soporte nutricional es obligatorio para todo paciente malnutrido o

en riesgo. Todo paciente hospitalizado debe ser evaluado dentro de las primeras 24 a 48 horas, con un método de tamizaje validado, y de acuerdo con su resultado deberá ser derivado para evaluación nutricional formal.

Los pacientes hospitalizados tienen derecho a recibir una atención nutricional de calidad, con personal calificado en el tema y procurando costo efectividad. Una atención nutricional de calidad incluye la seguridad, oportunidad, eficiencia, eficacia, efectividad, equidad y sin modificar los valores bioéticos.

Ejercicio profesional del nutriólogo en cumplimiento de los principios bioéticos

De todas las posibles metodologías que se pueden utilizar para analizar los problemas éticos de las decisiones clínicas es quizá la “principal”, la más conocida y utilizada a nivel internacional. Para esta metodología los problemas morales pueden entenderse como conflictos entre los deberes que emanan de cuatro principios básicos, que en teoría deberían de ser respetados siempre por igual. Estos principios fueron alumbrados, primero, por el informe Belmont en 1978 e inmediatamente después por el famoso texto de Beauchamp y Childress, *Principles of Biomedical Ethics*.

Principio de no maleficencia

Debes evitar el daño a los pacientes, evitando realizar actos clínicos contraindicados, mal indicados o técnicamente mal hechos.

Este principio obliga a los profesionales de la nutrición a:

Inicio de la nutrición artificial. En primer lugar este principio obliga a los médicos a establecer criterios científicos técnicos adecuados acerca del momento adecuado en que está indicada la nutrición artificial.

Principio de beneficencia

Debes procurar maximizar el bien de tu paciente, ayudándole a que en la actuación clínica se realice en lo posible sus valores y preferencias.

Principio de autonomía

La palabra autonomía se deriva de las palabras griegas *autos* “yo” y *nomos* “regla”. El principio de respeto a la autonomía del paciente es la base del consentimiento informado.

Se debe partir de la presunción de que los pacientes son capaces de gobernar su propia vida, lo que te obliga a respetar sus decisiones respecto a lo que debe hacerse con su cuerpo sano o enfermo.

El respeto a este principio obliga a los profesionales de la nutrición a lo siguiente: proporcionar al paciente capaz una información en cantidad adecuada a sus necesidades respecto a las siguientes cuestiones:

1. El diagnóstico y pronóstico de su enfermedad.
2. Los diferentes procedimientos o modalidades de hidratación o nutrición que están indicados en su caso.
3. Los beneficios y riesgos de cada uno de ellos.
4. Las alternativas que tiene, incluyendo la posibilidad de rechazo de la terapia, con las consecuencias que se deriven de ello.

Principio de justicia

Debes procurar repartir equitativamente los beneficios y las cargas, asegurando un uso eficiente y equitativo de los recursos.

Este principio obliga a los profesionales de la nutrición a lo siguiente:

1. Evitar la discriminación en el acceso a dicho recurso sanitario por motivos sociales.
2. Una vez que ha sido instaurado porque se considere indicado, garantizar un uso eficiente del recurso, evitando el despilfarro en su utilización.
3. Evitar la prolongación inadecuada de la terapia una vez que se ha considerado como fútil, pues su mantenimiento en tales casos implica un uso ineficiente de recursos que podrían ser destinados a otros usos.

El principio de beneficencia

Determinar que si hacerle un bien al paciente sólo es posible, en principio, a partir de lo que el propio paciente entiende por tal cosa. Eso quiere decir que la forma más adecuada de dar contenido a este principio es articularlo con el principio de autonomía.

Pero en cualquier caso existe siempre una posición de partida del deber profesional de beneficencia que se realiza en lo siguiente:

1. Ponderar, de entre todas las alternativas de tratamiento existente, cuál es en su opinión la más recomendable para el paciente a la luz tanto de su estado nutricional como de sus valores.
2. Recomendar al paciente o a su representante, si el paciente es incapaz, esa opción terapéutica estimada como la mejor, presentándole los argumentos que justifiquen su elección.
3. Ofrecer al paciente todo el apoyo técnico y emocional de que se disponga para aumentar su bienestar y facilitarle la toma de dediciones.

El principio bioética más elemental y sobre el que se basan los enumerados anteriormente es el “respeto a la dignidad de la persona”.

Aspectos éticos del soporte nutricional en el paciente terminal

La enfermedad terminal constituye una situación en la que están implicadas decisiones muy complejas y, por tanto, impregnadas de un marcado componente ético. El paciente terminal es aquel en el que la muerte se va a producir en un periodo de tiempo de aproximadamente de seis meses. Otras instituciones como el Hasting's Center de Bioética considera este periodo extensivo hasta un año.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos define como enfermo terminal el que tiene un pronóstico de vida inferior a seis meses y en el que concurren además otros factores:

1. Existencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
2. Falta razonable de respuesta al tratamiento específico.
3. Aparición de síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
4. Gran impacto emocional en el paciente, la familia e incluso en el equipo terapéutico, muy relacionados, ya sea o no de forma explícita, con la presencia de la muerte.

Quizá, los dilemas más importantes que se plantean en el día a día con este tipo de enfermos surgen cuando aparece cualquiera de estas dos situaciones:

1. Cuando se trata el tema de la sedación ante el sufrimiento físico o incluso psíquico.
2. Cuando se plantea el tema de la nutrición y de la hidratación ante un enfermo que es incapaz de alimentarse.

No es raro que en la asistencia diaria a los pacientes se plantean varias cuestiones de difícil respuesta, como: ¿Se debe administrar nutrición artificial a un paciente en situación

terminal?, ¿se debe nutrir artificialmente a un paciente en estado vegetativo?, ¿puede un paciente rechazar un determinado tratamiento?, ¿qué poder tienen los representantes de los pacientes con capacidades especiales de rechazar un tratamiento?, ¿se debe administrar un tratamiento cuando se considera que es un tratamiento inútil?, ¿la nutrición está o no considerada un tratamiento?

Se entiende por nutrición artificial la administración de nutrientes por vía enteral (gastrointestinal) o parenteral (intravenosa) a determinados pacientes, con la finalidad de mantener o restaurar el estado de nutrición y contribuir a mejorar la evolución clínica.

Tradicionalmente la medicina está basada en la curación de las enfermedades y en la prolongación de la vida. Sin embargo, los médicos no están siempre obligados a hacer todo lo posible para prolongar la vida del paciente. Existen situaciones en las que es lícito abstenerse de aplicar terapias desproporcionadas y no habituales, que únicamente sirven para prolongar abusivamente el proceso irreversible del morir. Ayudar a morir es una de sus funciones básicas, no es la muerte el gran fracaso de la medicina, sino que se produzca rodeada de angustia y sufrimiento. En los momentos en los que no se puede prolongar la vida y la muerte sea inevitable, el tratamiento está enfocado en aliviar el dolor y paliar el sufrimiento. Nacen así, los cuidados paliativos como las medidas que ayudan a liberar el sufrimiento y mejorar tanto la calidad de vida de los pacientes con enfermedad avanzada como la angustia de sus familiares.

La OMS define cuidado paliativo como la medida activa de las enfermedades que no tienen respuesta al tratamiento curativo y que se instaura con el objetivo de conseguir la mejor calidad de vida posible, controlando los síntomas físicos, psíquicos y las necesidades espirituales de los pacientes. La aceptación de una medida como cuidado paliativo depende de la carga que conlleve, del pronóstico y de la probabilidad de mejorar.

Ante la pregunta: ¿La nutrición es un tratamiento médico o un cuidado básico?, hay que tener en cuenta dos tipos distintos de visiones. Por un lado, la visión intelectual y por otro la visión cultural. Desde el punto de vista intelectual, la mayoría de las leyes de los diversos países consideran que la nutrición artificial es un tratamiento médico. Desde el punto de vista cultural, no debemos olvidar que la comida y la bebida tienen un significado que sobrepasa las necesidades fisiológicas, y contribuyen a consolidar nuestra sociedad, dar de comer y beber es una acción humana significativa de respeto a la vida y de cuidado a nuestros semejantes. En el caso de que la nutrición artificial fuera considerada como un cuidado básico, estaría obligada su administración para salvaguardar la dignidad humana; su no administración implicaría un abandono.

El soporte nutricional artificial debe formar parte de los cuidados paliativos integrales siempre que su objetivo sea conseguir o mantener el estado de bienestar del paciente; en otros supuestos, su aplicación podrá ser más o menos discutible, dependiendo del estado del enfermo y de sus preferencias, de tal modo que el soporte nutricional podría considerarse una modalidad de tratamiento agresiva o desproporcionada en determinados casos, constituyendo incluso una forma de obstinación o ensañamiento terapéutico, totalmente inaceptable desde el punto de vista ético. Al igual el soporte nutricional constituye una modalidad de tratamiento aceptada desde el punto de vista médico, moral y legal en la totalidad de pacientes con alguna esperanza, aunque sea mínima, de supervivencia. Pero también ha cuestionado problemas de tipo ético e incluso legal. Son candidatos a soporte nutricional los pacientes:

1. Que no puedan usar la vía oral.
2. Que no quieran usar la vía oral.
3. Que no deban usar la vía oral.

4. Que no comerán.
5. No cubran sus requerimientos energéticos por la vía oral.

El principio de proporcionalidad dice que un tratamiento médico es éticamente obligatorio en la medida en que proporcione más beneficios que cargas al enfermo. Aquí cabe determinar cuando la nutrición puede ser una medida desproporcionada y, por tanto, susceptible de retirada o de no instauración.

De ante mano, la *American College of Physicians* afirma en su manual de ética, la administración artificial de la nutrición y los líquidos es un tratamiento para prolongar la vida. Como tal, está sujeto a los mismos principios para la toma de decisiones como otros tratamientos.

No existe acuerdo unánime entre los diferentes individuos, ni siquiera entre expertos en bioética, sobre si la hidratación y la nutrición artificial son medidas terapéuticas o forman parte del concepto de cuidado paliativo.

Prescribir o retirar la nutrición artificial

La nutrición artificial debe ser apropiada, en el tiempo adecuado y bien monitoreada. Aquí, los principios bioéticos antes citados, deben estar siempre presentes ante la decisión de iniciar o retirar una nutrición artificial.

La indicación de la nutrición artificial se basa en la aplicación de los principios de no maleficencia y de beneficencia que obligan a los médicos a establecer y seguir criterios científicos de su uso adecuado y del principio de justicia que obliga a evitar la discriminación. La decisión de iniciar nutrición artificial dependerá de las condiciones clínicas, del pronóstico y de los objetivos establecidos para cada paciente individual, es eficaz, siempre que se emplee en las situaciones clínicas adecuadas y con el suficiente

conocimiento de la misma. Puede verse facilitada si se responde a la pregunta: ¿Cuándo las cargas del soporte nutricional sobrepasan los beneficios que recibe el paciente?

Lo que se persigue en todo momento es el bien del paciente, pero respetando lo que el paciente entienda como tal. El profesional debe poner sobre la mesa que sus obligaciones éticas profesionales le obligan a plantear la suspensión de dicha terapia cuando deje de estar indicado por ser fútil. Por tanto, en una evaluación ética de determinados actos médicos deben tenerse en cuenta: la decisión del paciente, la futilidad de los tratamientos y las secuelas morales de las decisiones, no solo para el paciente, sino también para su familia y el personal sanitario que lo atiende.

Se considera que un tratamiento es fútil cuando su aplicación al paciente sólo sirve para alargar su tiempo de vida biológica sin mejorar ni su recuperación funcional ni su calidad de vida. En tales situaciones los médicos no tienen ninguna obligación ética ni de iniciar ni de mantener dichos tratamientos. Cuando se mantiene indefinidamente un tratamiento fútil, sin justificar adecuadamente una excepción que lo justifique, se incurre en la denominada “obstinación terapéutica”, que es lo contrario de la ética clínica.

Cuando haya alguna duda sobre los beneficios a obtener con un determinado tratamiento se debe aplicar, pero siendo capaces de retirarlo en caso de futilidad. Existe acuerdo general entre los expertos en bioética en no mantener un tratamiento si este se considera fútil.

De hecho, la iglesia católica y los judíos ortodoxos están a favor de proveer nutrición e hidratación artificial a todo paciente que lo requiera, siempre que los beneficios sean mayores que los riesgos.

Si finalmente se ha decidido instaurar un sistema de nutrición artificial, pueden aparecer dos nuevas causas de conflicto ético:

1. Al considerar la posibilidad de retirarlo cuando se ha mostrado ineficaz, cuando produce más perjuicios que beneficios y cuando la enfermedad progresa de forma inevitable hacia la muerte a pesar de su aplicación.
2. Cuando se hace necesario utilizar dispositivos de restricción física o sedación farmacológica para evitar la autodesintubación, situación que se da con relativa frecuencia en caso de deterioro cognitivo importante (demencia o delirio), en donde, obviamente, no puede aplicarse el principio ético de autonomía.

Con respecto al primer supuesto, conviene aclarar que, desde el punto de vista ético, tiene el mismo valor no iniciar un tratamiento que interrumpirlo cuando ya no se considera necesario o útil. Pero, aunque moralmente pueda ser lo mismo no iniciar que retirar una técnica de soporte vital, en la práctica diaria es mucho más difícil optar por la segunda opción, y más si la muerte sigue a la interrupción del tratamiento, lo que podría establecer una relación causa-efecto con todas las implicaciones éticas, religiosas e incluso legales que ello podría acarrear, por lo que requerirá, la mayoría de las veces, de una reflexión prudente por parte del equipo multidisciplinar, valorando muy bien la relación entre perjuicios y beneficios que supone el seguir aplicándola y llegando a un consenso con el enfermo y sus familiares que deben estar en todo momento correctamente informados de la situación para que puedan participar en la toma de decisiones.

Por ningún concepto es obligatorio continuar con las medidas terapéuticas que no consiguen ninguno de los objetivos de la medicina:

1. Curar enfermedades.
2. Aliviar síntomas.
3. Mejorar el estado funcional.

Se podrán retirar estas medidas si:

1. Hay una pérdida irreversible de las funciones cognitivas.
2. El tratamiento no logra otro objetivo más que sostener la vida orgánica.
3. El paciente no expresó con antelación que prefiriera ser mantenido en vida orgánica.

Es recomendable seguir las siguientes normas:

1. Antes de que un médico interrumpa un tratamiento, los familiares del paciente y el equipo multidisciplinar deben coincidir que la calidad de vida del enfermo no llega a un mínimo y que la enfermedad es irreversible.
2. Aunque muchos estudiosos de la ética afirman que no hay diferencia fundamental entre empezar o interrumpir tratamientos como anteriormente se menciono, es frecuente que los clínicos lo sientan de otra manera si la muerte sigue a la interrupción del tratamiento que salvaguarda la vida, el médico habitualmente establece una relación causa-efecto y es posible que la familia llegue a la misma conclusión, por lo que tienden a sentirse culpables aumentando el malestar e incluso el miedo por las posibles actuaciones ético-legales derivadas de su actuación. Hay que entender que los enfermos en estas circunstancias no fallecerán por la retirada del soporte nutricional, si no que es la propia enfermedad de base la causante de su fallecimiento de forma irremediable: el enfermo no se muere porque no come, sino que no come porque se está muriendo. Diversos estudios aportan que el periodo de tiempo de vida después de la retirada de la nutrición-hidratación artificial suele variar entre los 3 y 14 días. En el caso de los pacientes ter-

minales o en situación agónica las modernas investigaciones ponen cada vez más de manifiesto que estos pacientes no experimentan ni hambre ni sed y por tanto, no tienen sensación de sufrimiento por este motivo. Con respecto a los demás pacientes cabe decir que estas sensaciones son transitorias y que existe posibilidad de paliar sus síntomas.

La *Council on Ethical and Judicial Affairs* de la Asociación Americana de Medicina establece: “Incluso si la muerte no es inminente pero hay inconsciencia permanente más allá de toda duda y salvaguardas adecuadas para confirmar la precisión del diagnóstico, no va en contra de la ética interrumpir todos los tratamientos que prolonguen la vida”.

Recientemente, un panel de consenso de la *American College of Physicians* y la *American Society of Interior Medicina* rechazó la creencia de que la renuncia de la nutrición artificial en el final de la vida es ilegal.

La Corte Suprema de los EU, reiteró que la nutrición artificial son tratamientos médicos y como tal puede ser jurídicamente suspendida o retirada bajo circunstancias éticas y médicas apropiadas.

Cuando ocurre el segundo supuesto, en la situación de enfermedad terminal, debe quedar claro que las desventajas del soporte nutricional artificial superan a los beneficios y más si tenemos en cuenta que la restricción física, o más claramente “atar al enfermo”, viola los fundamentos básicos de los cuidados humanitarios y la dignidad de la persona. Estas medidas sólo deberían utilizarse cuando la alimentación sea imprescindible para el sostén de la vida durante una enfermedad aguda y reversible.

Consentimiento informado

La comunicación abierta, es decir, reconocimiento de la autonomía del enfermo, enten-

dida como capacidad de autogobierno para tomar sus propias decisiones y para actuar con conocimiento de causa y sin coacción. Si el enfermo es una persona adulta y responsable la relación que debe establecer con su médico tiene que ser una relación horizontal, entre iguales, en la cual el médico aporta la información, y el paciente, merced a esa información, tiene el derecho a aceptar o rechazar las propuestas de su médico, o a elegir otra alternativa terapéutica. A este tipo de relación se denomina consentimiento informado, que es la articulación entre la autonomía y la beneficencia.

Toda persona tiene derecho a que el profesional sanitario le proporcione información suficiente para que sea capaz de decidir sobre los procedimientos que afecten a su estado de salud. El consentimiento informado es tanto más importante cuantos mayores sean los riesgos del tratamiento propuesto o de la técnica de exploración a la que se someta y cuantas más posibilidades existan de fracaso.

Las preferencias del paciente pueden ser expresadas de tres formas:

1. En pleno uso de sus facultades, el paciente, bien informado y libremente, expresa sus deseos al médico.
2. El paciente es incompetente pero el médico tiene instrucciones anticipadas, que podrán ser verbales o escritas, o bien señaladas por un representante legal del enfermo.

3. El sujeto es incompetente, en este caso es un familiar, amigo o tutor quien expresa lo que sabe acerca de los deseos y valores del enfermo. En ausencia de familiares, amigos o tutores, el equipo multidisciplinar deberá tomar la decisión que considere más adecuada sobre la base de los intereses del paciente.

El paciente y/o sus familiares suelen aceptar lo que el personal sanitario, fundamentalmente el médico sugiere, por lo que los valores y las creencias de los miembros del equipo asistencial también tienen mucho que ver con la decisión final que se toma.

Los elementos del consentimiento informado incluyen la información (por ejemplo, la enfermedad, la intervención propuesta, y los riesgos y los beneficios y las alternativas a la intervención propuesta incluyendo no hacer nada), la comprensión de la información, capacidad de decisión y acuerdo voluntario para la intervención.

Dado que no existe consenso sobre la calidad de vida que merece ser vivida y por eso la regla de oro de la moral debe basarse en la no-maleficencia y expresarse en su forma negativa: “No hagas a los demás lo que no quieres que te hagan”. Las decisiones apropiadas sobre la utilización de cualquier forma de soporte vital, requieren una prudente reflexión por parte del equipo multidisciplinar y del comité de bioética.

Bibliografía

AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS. (1998). Ethics Manual. *Annals of Internal Medicine*. 128:576-594.

ASAMBLEA MÉDICA MUNDIAL. (1990). Declaración de Lisboa; Derechos del Paciente. *Bol of Sanit Panam* p.108, 642.

ASHWAL, S.; CRANFORD, S. (1995). “Medical aspects of the persistent vegetative state. The Multi-Society Task Force on PVS”. *The New England Journal of Medicine*. 330:1499-1508.

- AZULAY TAPIERO, A. (2001). "Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal?". *Anales de Medicina Interna*. 18:650-654.
- AZULAY, A. (2000). "Dilemas bioéticos en la situación de enfermedad terminal y en el proceso de la muerte". *Med Pal*. 7:145-56.
- AZULAY, A.; HORTELANO, E. (2003). "El soporte nutricional en la situación de enfermedad terminal. Dilemas éticos". *Anales de Medicina Interna*. 20: 434-437.
- BEAUCHAMP, TL.; CHILDRESS, JF. (2001). *Principles of Biomedical Ethics*. New York, Oxford University Press.
- BEAUCHAMP, IF.; CHILDRESS, JF. (1994). *Principles of biomedical ethics*. New York, Oxford University Press.
- BILLING, JA. (1998). "What is palliative care?" *Journal of Palliative Medicine*. 1:367-76.
- BRITISH MEDICAL ASSOCIATION. (1999). "Withholding and withdrawing life-prolonging treatment: guidance for decision making". *British Medical Association*.
- BRODY, H.; ET AL. (1997). "Withdrawing intensive life-sustaining treatment recommendations for compassionate clinical management" *The New England Journal of Medicine*. 336:652-657.
- BRODY, H.; NOEL, MB. (1991). "Dietitians' role in decisions to withhold nutrition and hydration" *Journal of the American Dietetic Association*, 91:580-585.
- BRUERA, E.; MACDONALD, N. (2000). "To hydrate or not hydrate: How should it be?" *Journal of Clinical Oncology*. 8:1156-1158.
- CASARETT, D.; ET AL. (2005). "Appropriate use of artificial nutrition and hydration-Fundamental principles and recommendations" *The New England Journal of Medicine*. 353:2607-12.
- CASTILLO PINEDA, JC. "Declaración de Cancún: declaración internacional de Cancún sobre el derecho a la nutrición en los hospitales" *Nutrición Hospitalaria*. 23:413-417.
- CÁZARES AYALA, RM. (1994). "Comisión Nacional de Bioética México". Primer Congreso Nacional Ciudad de México. Coloquio 3 Enfermedades Neurológicas. INNN MVS p.101-103.
- CIOMS 2002. *Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos*. Congreso Nacional de Colombia.
- COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS. *Directiva sobre prácticas comerciales desleales*.
- COUCEIRO A: (2004). "El enfermo terminal y las decisiones en torno al final de la vida". En: Couceiro, Azucena, *Ética en cuidados paliativos*. Madrid, Triacastela, p. 263-304.
- COUNCIL ON ETHICAL AND JUDICIAL AFFAIRS AMERICANS MEDICAL ASSOCIATION MEDICAL (1999). "futility in end-of-life care". *The Journal of the American Medical Association*. 281:937-941.
- DE RUFINO RIVAS, P, ET AL. (2007). "Aversiones y preferencias alimentarias de los adolescentes de 14 a 18 años de edad, escolarizados en la ciudad de Santander." *Revista de Nutrición Hospitalaria*. 22:695-701.
- DEL CAÑIZO, F. (2005). "Nutrición en el paciente terminal. Punto de vista ético" *Nutrición Hospitalaria*. 20:88-92.
- DESJARDINS, M. (2006). "Supplement use in the adolescent athlete". *Current Sports Medicine Reports*. 1:369-373.
- ESPARZA OLCINA, J. (2006). "Ley, ética y nutrición". *Revista Pediatría de Atención Primaria*. 8(Supl 1).
- FIGUEROA, P. (1994). "Comisión Nacional de Bioética México 1994". Primer Congreso Nacional Ciudad de México. Coloquio 3. Instituto Kennedy de Ética p. 105-112.
- FLECHA, JR.. (1989). "Eutanasia y muerte digna. Propuestas legales y juicios éticos" *Revista Española de Derecho Canónico*. p. 45-124.

- FRANKLIN, C. (1998). "Decisions about life support: being responsible and responsive". *Critical Care Medicine*. 26:8-9.
- FUHRMAN, MP.; HERRMANN, VM. (2006). "Bridging the continuum: Nutrition Support in palliative and hospice care". *Nutrition in Clinical Practice*. 21:134-41.
- GARCÍA DE LORENZO, J.; ET AL. (2006). "Conclusiones del III foro de Debate SENPE. Soporte Nutricional Especializado: Aspectos éticos. Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral". *Nutrición Hospitalaria*. 21:300-302.
- GONZÁLEZ GALLEGO, J.; COLLADO, P.; MATAIX, J. (2006). "Nutrición en el deporte. Ayudas ergogénicas y dopaje." Díaz de Santos. Madrid.
- GONZÁLEZ GROSS, M.; ET AL. (2008). "The healthy lifestyle guide pyramid for children and adolescents". *Revista de Nutrición Hospitalaria* 23:159-168.
- GREEN, CJ. (1999). "Existence, causes and consequences of disease-related malnutrition in the hospital and the community, and clinical and financial benefits of nutritional intervention" *Clinical Nutrition*. 18:3-28.
- HORTELANO, JE.; ET AL. (2002). "Decisiones ético-clínicas sobre la alimentación e hidratación artificial mediante sonda en la enfermedad Terminal" *Nutrición Hospitalaria*. 17:279-283.
- HUANG, ZB.; AHRONHEIM, JC. (2000). "Nutritional and hydration in terminally ill patients". *Clinics in geriatric medicine*. 16: 313-325.
- JONSEN, AR.; ET AL. (1992). "Quality of life" In: *Clinical Ethics*. New York. McGraw-Hill, Tercera edición.
- LENNARD, JLE. (1999). "Ethical and legal aspects of clinical hydration and nutritional support. British Association of Parenteral and Enteral Nutrition. Maidenhead.
- LEY REGLAMENTARIA DEL ARTÍCULO 5º CONSTITUCIONAL y relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal citada en Colegio de Nutriólogos.
- LIFSHITZ G.; TRUJILLO, AD. (1995). "Comisión Nacional de Derechos Humanos"; p.7,10,11,13,15,16,17.
- LIFSHITZ G.; TRUJILLO, AF.; CUEVAS, A. (1990). "Derechos Humanos, Manual de Capacitación"; Comisión Nacional de Derechos Humanos p. 10.
- MACFIE, J. (2000). "Ethical and legal considerations in the provision of nutritional support to the perioperative patient" *Current Opinion in Clinical Nutrition Med*. 16: 313-325.
- MARQUES, L.; ET AL. (2002). "Dietas adelgazantes" *Anales sistema San Navarro*. 25:163-173.
- MARSH, FH. (1986). "Informed consent and the elderly patient". *Clinics in Geriatric Medicine*. 2:501-510.
- MEISEL, A. (2000). "Seven legal barriers to end-of-life care: myths, realities, and grains of truth" *Journal of the American Medical Association*. 284:2495-2501.
- MENÉNDEZ GARCÍA, R.; FRANCO-DÍEZ, R. (2009). "Publicidad y alimentación: influencia de los anuncios gráficos en las pautas alimentarias de infancia y adolescencia" *Revista de Nutrición Hospitalaria*. 24:318-325.
- MORENO, J.; ET AL. (2007). "Encuesta sobre aspectos éticos en Nutrición Artificial Domiciliaria" *Nutrición Hospitalaria*. 22:38-45.
- MORRISON RS.; ET AL. (1996). "When to much is too little". *New England Journal of Medicine*. 335:1755-1759.
- MORRISON, RS. (2004). "Palliative care". *New England Journal of Medicine*. 350:2582-2590.
- NATIONAL CONFERENCE OF CATHOLIC BISHOPS. "Ethical and religious directives" *Catholic health care services*. 24:458-459.
- NÚÑEZ OLARTE, JM. (2004). "Una elección básica: tratamiento ¿curativo? o tratamiento paliativo". En: Couceiro, Azuce-

- na. Ética en cuidados paliativos. Madrid, Triacastela, p. 109-125.
- OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA. Documento de la Real Academia de Medicina de Cataluña, aprobado por unanimidad en sesión plenaria de 28 de junio de 2005. Accesible en <http://www.bioeticadebat.org/modules/mydownloads/>
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (1990). Bioética temas y perspectivas. p. 61-64.
- ORREVAL, Y. ET AL. (2004). "The path from oral nutrition to home parenteral nutrition: a qualitative interview study of the experiences of advanced cancer patients and their families" *Clinical Nutrition*. 23:1280-1287.
- PLAU, PR.; ROMBEAU, JL. (2000). "Nutrition". *Medical Clinics of North America*. 84:1209-1227.
- QUILL, TE. (1989). "Utilization of nasogastric feeding tubes in a group of chronically ill elderly patients in a community hospital". *Archives of Internal Medicine*. 149:1937.
- ROMERO ZEPEDA, H.; ET AL. (2008). "Reflexiones desde la Bioética sobre la nutriología en México". Licenciatura en Nutrición, Facultad de Ciencias Naturales, Universidad Autónoma de Querétaro, West Virginia University, Consorcio México-Estados Unidos y Canadá, en Bioética y Políticas Públicas de la Ciencia, Capítulo México.
- ROSISN, AJ.; SONNENBLICK, M. (1998). "Autonomy and paternalism in geriatric medicine: the Jewish ethical approach to issues of feeding terminally ill patients, and to cardiopulmonary resuscitation" *Journal of Medical Ethics*. 24:44-48.
- SÁNCHEZ BENITO, JL.; LEÓN- IZARD. (2008). "Estudio de los hábitos alimentarios de jóvenes deportistas". *Revista de Nutriología Hospitalaria*. 23:619-626.
- SIMÓN, P. (2000). "El consentimiento informado. Historia, teoría y práctica" Madrid. Triacastela.
- SIMÓN, P. (2005). "Aspectos éticos de la hidratación y nutrición artificial en el paciente con esclerosis lateral amiotrófica". *Neurol Supl*. 1:4-10.
- SINGER, PA. ET AL. (1999). "Quality end-of-life care: patients perspectives". *Journal of the American Medical Association*. 281:1638.
- SLOMKA, J. (2003). "Withholding nutrition at the end of life: Clinical and ethical issues". *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 70:548-552.
- SMITH, SA. (1997). "Controversies in hydrating the terminally ill patient" *Journal of Intravenous Nursing*. 2:197-203.
- STRATTON, RJ.; ET AL. (2003). "Disease-related malnutrition: an evidence-based approach to treatment". Wallingford, Oxon UK: Cabi Publishing a division of CAB International.
- SULLIVAN, RJ. (1993). "Accepting death without artificial nutrition or hydration" *Journal of General Internal Medicine*. 8:220.
- TASK, force. (1990). "Ethic of the Society of Critical Care Medicine. Consensus report on the ethics of foregoing life-sustaining treatments in the critically ill" *Critical Care Medicine*. 18:1435-9.
- UNESCO (2005). The Universal Declaration on Bioethics and Human Rights.
- VALERO ZANUY, MA.; ET AL. (2003). "¿Se debe limitar el esfuerzo terapéutico en nutrición artificial?" *Revista Clínica Española*. 203:582-8.
- VIOLA, RA.; ET AL. (1997). "The effects of fluid status and fluid therapy on the dying: a systematic review". *Journal of Palliative Medicine*. 13:45-52.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1998). "Obesity: Preventing and Managing. The Global Epidemia". Report of WHO Consultation on Obesity. Geneva.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2003). "Obesity and overweight".
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. "Definition of palliative care" (<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>).

La bioética en el tratamiento de la enfermedad psicosomática



LP Julio Israel CARRANZA PLANCARTE

A PRINCIPIOS del siglo XVII Descartes propone, al exponer su teoría sobre el dualismo, la separación mente-cuerpo. Actualmente, en pleno siglo XXI el psicoanálisis sigue esforzándose por encontrar los lazos que unen ambos elementos, así como las líneas de relación entre ellos. Diversos autores han hecho aportaciones desde el psicoanálisis al estudio del cuerpo, y desde la lectura del cuerpo como aporte al psicoanálisis.

Dentro del psicoanálisis, nuevos caminos se han abierto desde que Charcot inició la era de la histeria, destacando en su etiología la importancia del factor psíquico. En aquellos momentos era admitido que las enfermedades ginecológicas somáticas podían influir sobre el psiquismo; de esa forma Freud atribuía la histeria a la parametritis posterior y algunos psiquiatras relacionaban

la psicosis con lesiones genitales orgánicas. Afortunadamente los avances médicos enriquecieron el estudio sobre la histeria, dando con esto un giro importante que obligó a buscar nuevas comprensiones. La nueva corriente implicó un cambio en sentido inverso, es decir, de arriba abajo, de lo psíquico a lo corporal.

Es el siglo XX se enmarca el desarrollo y la expresión más amplia del psicoanálisis, ciencia que además de las cuestiones inconscientes también se permite acercar su mirada al estudio del cuerpo desde el lenguaje inconsciente que éste refiere: “Será Freud quien le concede la palabra al cuerpo histérico, que es ahora escuchado como cuerpo del deseo. Obligado por la regla fundamental, a este cuerpo se le propone producir desde su inmovilidad un discurso pleno de fantasías

sobre sí mismo y sobre la historia del sujeto¹". La psique ha utilizado al cuerpo para hablar mediante sus síntomas y es el psicoanálisis el que ha liberado al cuerpo de los mensajes indescifrables por otros medios.

El cuerpo no es únicamente un contenedor físico de la psique, es también el medio por el cual el inconsciente habla. Tal como lo refiere Laks (2006), desde los postulados freudianos: "El secreto del paciente quiere salir por la boca, las manos, y toda y cualquier forma de expresión corporal²". El cuerpo habla por medio de sus movimientos, de sus palabras, de sus silencios y de sus padecimientos.

Por su parte la mente no es sino un órgano del cuerpo. Lo que pasa con los otros órganos es percibido por la mente. El cuerpo es en su totalidad, incluyendo a la mente, un mosaico de estructuras y de funciones. Si uno de los órganos enferma, habrá afectaciones de dicha enfermedad a otros órganos. Si la mente enferma puede afectar a otros de los tejidos u órganos. La tan conocida frase célebre de Juvenal: "Mente sana en cuerpo sano" podría también en este caso explicar la relación entre una "mente enferma en cuerpo enfermo".

En 1947, Leland Hinsie refería que: "Puede decirse, desde ahora, aún cuando sea con un carácter empírico, que las emociones son capaces de 'invadir' los órganos hasta el punto de que sus funciones resulten alteradas en grado apreciable³". Sin embargo en la actualidad se encuentra comprobado que las emociones ocasionan que a nivel orgánico se segreguen determinados tipos de sustancias, como las endorfinas cuando se tiene alegría o adrenalina cuando se presenta miedo. Cuando dichas sustancias son segregadas en

exceso y no utilizadas en el cuerpo se da una repercusión en los órganos que se relacionan con dichas sustancias.

Con lo anterior no se pretende sobrevalorar el papel que las emociones tienen en relación al estado físico de una persona. Es solamente una de las explicaciones que se suelen dar a los aspectos psicósomáticos. Se regresaría a una postura reduccionista si se considera que las enfermedades psicósomáticas implican únicamente una cuestión de segregación de sustancias químicas en el cuerpo.

Desarrollo

Es importante prestar atención a los aspectos éticos que giran alrededor de dos áreas, tales como la medicina y la psicología, puesto que cada una desde sus alcances y limitaciones deberán prestar sus esfuerzos para la cura del paciente psicósomático.

El celo profesional puede llevar en muchos casos a actitudes antiéticas, tales como el cerrarse a una sola comprensión de la enfermedad. Más bien se deberá analizar en todo caso los aspectos físicos y psíquicos que tiene la enfermedad. De esta forma se propone que el proceso diagnóstico del síntoma implique una visión más amplia de la situación.

Posterior al proceso diagnóstico se establecen las líneas que marcarán el tratamiento que promueva la salud en el sujeto. En caso de que se identifiquen aspectos psíquicos que afecten la salud física del paciente se deberá optar por un tratamiento psicoterapéutico que permita atender conflictivas que lleguen a afectar al cuerpo. De igual forma el psicote-

1 SIVAK, Roberto. "Corporalidad y Psicósomática. Alexitimia y Categorías Fenomenológicas". Dentro del compendio "Corporalidad. La Problemática del Cuerpo en el Pensamiento Actual". Lugar Editorial, Buenos Aires, 1998. P. 35

2 LAKS Eizirik, Claudio en su artículo "El Cuerpo y su Lenguaje en el Proceso Psicoanalítico" dentro del compendio "El Cuerpo y el Psicoanálisis". Asociación Psicoanalítica Mexicana. P. 9 Editores de Textos Mexicanos. México, D.F. 2006.

3 HINSIE, Leland. "El Hombre como Persona. Introducción a la Psicósomática". Espasa Calpe. Madrid 1947. P.176

rapeuta que identifica aspectos orgánicos que afectan al sujeto deberá promover la atención médica que la persona necesite.

Como las enfermedades presentes en el cuerpo han sido mayormente abordadas desde la medicina, se expondrán a continuación algunos aspectos relevantes sobre los aspectos psicológicos que las enfermedades físicas implican.

Respecto al origen de las enfermedades psicosomáticas pueden encontrarse diversas posturas. Una de ellas es la de Tordjan (1976), quien refiere que la enfermedad psicosomática no se presenta por la simple existencia de un trauma no resuelto o una emoción mal manejada. La enfermedad psicosomática se presenta, desde su postura, cuando ha ocurrido una unidad de ruptura⁴.

La unidad de ruptura se refiere a un momento de la vida del sujeto en que el cambio asume tal importancia que el organismo ya no es capaz de integrarlo. Cambio en sentido afectivo, emocional, profesional o familiar entre otros. Esta hipótesis se justifica en la base de que muchos padecimientos psicosomáticos aparecen en los meses subsecuentes a que el sujeto ha experimentado un cambio significativo o unidad de ruptura.

En 1933 Schur realizó estudios sobre la metapsicología de la psicosomática, donde identifica varios momentos de la regresión psicosomática: “Cuando pasa el infante normal a ser niño normal, desomatiza gran parte de sus experiencias y conducta y busca patrones más comunes de conducta, que incluyen la simbolización del proceso secundario, la coordinación motora, el pensamiento y la comunicación. Progresivamente se van neutralizando las energías libidinosas y agresivas y se las sujeta al con-

trol del ego para emplearlas en el proceso secundario[...] en la regresión, el paciente psicosomático invierte parte del proceso. El paciente vuelve a expresar sus estreses, sus frustraciones, su sexualidad, sus necesidades dependientes o su rabia de modo directo, mediante la hiperactividad autónoma y visceral. Estamos ante una resomatización de la expresión emocional que, de persistir, provocará en los tejidos daños crecientes o irreversibles⁵”. Desde esta concepción la psicosomática se explica como la regresión de la desomatización a la resomatización.

Con la finalidad de ejemplificar lo que ocurre en la enfermedad psicosomática se expone a continuación una breve viñeta clínica.

Viñeta clínica

Anny es una niña de ocho años que presenta dermatitis desde los cuatro años. Es la tercer hija de una familia que se compone por un padre agricultor de 49 años, su madre es ama de casa y tiene 33 años, su hermano mayor tiene 13 años, le sigue una hermana de 9 años y finalmente su hermano menor, quien tiene 5 años. —*Anny tiene dermatitis, dicen los doctores con los que la he llevado que ya no hay medicina para ella, que lo que necesita es la atención de un psicólogo*— (refiere la madre). La madre se dice preocupada porque no sabe ya que más hacer para que mejore su hija. Anny comenta un tanto apenada que le salen unos granitos que le dan comezón y por eso la llevan conmigo. Anny llega a consulta psicológica tras haber cursado por tres tratamientos médicos, el último doctor fue quien recomienda a la madre la atención psicológica como medio para buscar la mejora en la niña.

4 TORDJMAN, Gilbert. “Cómo Comprender las Enfermedades Psicosomáticas”. Gedisa, S.A. México 1990. P. 24

5 CAMERON, Norman. “Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad: un Enfoque Dinámico”, Trillas, México 1990. P.686

Comenzó hace cuatro años con comezón en los párpados, lo que hacía que se rascara. Después la comezón pasó también al cuello, luego a las coyunturas de los brazos y después en las piernas, atrás de las rodillas. La comezón se manifiesta más durante la noche, mientras la niña duerme, llegando inclusive a amanecer con sangre por rascarse dormida.

Los papás, hermana, hermano menor y Anny duermen en el mismo cuarto a pesar de haber otra recámara disponible, el único que duerme solo es el mayor y esto es porque él así lo quiso. El papá les dice en ocasiones que se vayan a dormir al otro cuarto pero al ver que los niños no se quieren ir no les dice nada más y los deja ahí.

Los abuelos maternos se divorciaron por lo que la abuela materna vivió un tiempo con la familia de Anny, hasta hace tres o cuatro años. Con su abuela, Anny llevaba una buena relación, le tiene mucho cariño aunque últimamente ya sólo hable con ella por teléfono. Con su abuelo materno no ha tenido mucha relación por el divorcio de él con la abuela. Llama la atención que proviniendo de una pequeña comunidad tradicional la abuela se halla divorciado, pero se denota un importante resentimiento hacia la figura masculina.

La relación entre los padres de Anny aparentemente es estable, sin embargo la madre refiere inconformidad por las ausencias del padre, quien se va por varios días al campo para trabajar.

Al momento de hacer el diagnóstico con Anny, utilizando como herramienta principal la evaluación psicoanalítica del juego libre se identifican importantes sentimientos hostiles hacia el padre, denotando una importante carga de energía agresiva hacia dicha figura. De primera instancia se

puede pensar en que el padre sea una figura hostil. Sin embargo se encuentra en Anny también una cercanía excesiva con la madre, entendida como una dificultad para separarse psicológicamente de ella.

Para una niña de cuatro años (edad en la que aparece el padecimiento), que está en la etapa en la cual el desarrollo implica la separación de la figura materna y el acercamiento a la figura paterna, debe resultar complejo un ambiente en el cual, la figura paterna es percibida como agresiva por la madre (puesto que el padre se ha alejado). A esto se suma la percepción negativa que la abuela tiene de la figura masculina.

Si Anny quiere mantener el afecto de la(s) figura(s) materna(s) deberá entonces compartir con ellas los sentimientos hacia la figura paterna. Pero, ¿cómo tener sentimientos de amor y odio hacia la misma persona? Al no lograr dar un manejo adecuado a la agresividad, Anny tiende a dirigir dicha agresión hacia ella misma, a su piel, misma que rasca y lastima hasta sangrar.

Queda aún la interrogante del por qué es la piel el órgano que se elige como depositario del conflicto psíquico. Para entender esta relación es importante analizar las funciones de la piel.

La piel es responsable de funciones biológicas importantes para el organismo. *La piel es esencialmente la cubierta o envoltura exterior del organismo que funciona de manera permanente y que cumple dos importantísimas misiones, la de relacionarnos con el mundo exterior y la de protegernos de las agresiones de ese propio mundo*⁶. Ante funciones tan importantes éste órgano tendrá entonces la capacidad de influir en aspectos psíquicos y los aspectos psíquicos podrán influir en él. La piel envuelve y protege; separa y pone en contacto con el entorno.

6 http://www.lapiel.com/frontend/lapiel/noticia.php?id_noticia=179&id_seccion=167&tree_pos=sub_1_0_1. Consultado el 27 de septiembre de 2008

Los sentimientos ambivalentes hacia las figuras parentales promueven un importante nivel de ansiedad que se traduce en una comezón recurrente. Es posible entender entonces que Anny requiere separarse psíquicamente de la madre y tener mayor contacto con el padre. Tal como se expone en el anterior párrafo, la piel es el órgano que separa y el órgano que une.

Posterior a este diagnóstico se llevó a cabo el tratamiento psicoterapéutico para Anny, esto sin dejar de lado el tratamiento médico que implicaba la aplicación de pomadas que si bien no curaban la enfermedad si aliviaban la irritación cutánea. Se permitió que Anny externara de forma sublimada mediante el juego la agresión almacenada y con algunas intervenciones con la familia Anny fue logrando la separación de la madre para comenzar a estructurar aspectos independientes en su desarrollo. El síntoma fue disminuyendo y poco a poco desapareciendo.

Conclusiones

Se tiene el conocimiento de que cuando un paciente ha puesto el conflicto en el síntoma psicósomático de alguna forma lo ha exiliado del plano consciente y esto puede dificultar comprender la dinámica, pues el paciente está más acostumbrado a hablar del síntoma que de sus conflictos.

El paciente psicósomático es alguien que se ha quedado en el silencio por la estructura de su personalidad, la educación, la familia, el medio social o profesional. Por ello se sirve del cuerpo para comunicar lo que con palabras ya no es posible decir. Su enfermedad es un grito, una queja que pide

auxilio, el terapeuta deberá de escuchar con cuidado y atención. Él necesita que lo escuchan, tal como sugiere Tordjan: “Es preciso infundirle seguridad, devolverle la confianza en ese otro –padre, madre, cónyuge- que le ha traicionado⁷”. El terapeuta ha de desempeñar un papel sustituto afectivo que el paciente le coloca desde la transferencia.

El desempeño ético de los diferentes actores que tuvieron parte en este tratamiento no fue sólo importante sino indispensable para promover un estado saludable en la niña. En primera instancia el tercer médico que atiende a la niña y que contempla en ella un funcionamiento patológico que abarca más allá que cuestiones orgánicas. El psicoterapeuta que solicita a la madre que no abandone el tratamiento médico y que siga aplicando las pomadas que le fueron recetadas por el doctor. Y muy importante también es el desarrollo que tiene la familia.

La familia se atrevió a buscar en la psicoterapia un tratamiento para su hija. Esto se convierte en todo un reto para muchos padres de familia, puesto que resulta más fácil asimilar que un hijo esté enfermo por cuestiones orgánicas (un agente externo que viene a enfermar), más que la implicación de aspectos psicológicos (el funcionamiento de la familia puede ser lo que enferma al hijo).

En la enfermedad psicósomática se encuentra una unión. Es posible referir que no hay enfermedad que tenga sólo componentes orgánicos y enfermedad que tenga sólo componentes psíquicos. Toda enfermedad implica en mayor o menor medida aspectos de ambas partes, partes que son una misma.

La salud se logrará entonces con la integración, al igual que el proceso normal del desarrollo.

7 TORDJMAN, Gilbert. “Cómo Comprender las Enfermedades Psicósomáticas”. Gedisa, S.A. México 1990. P. 96

Bibliografía

- CAMERON, N. (1990). "Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad: un Enfoque Dinámico", Trillas, México.
- FREUD, S. (1976). "Introducción al Narcisismo". En Obras Completas. Amorrortu Editores. Vol. XIV. Buenos Aires.
- HINSIE, L. (1947). "El Hombre como Persona. Introducción a la Psicopatología". Espasa Calpe. Madrid.
http://www.lapiel.com/frontend/lapiel/noticia.php?id_noticia=179&id_seccion=167&tree_pos=sub_1_0_1. Consultado el 27 de septiembre de 2008
- LAKS EIZIRIK, C. (2006). "El Cuerpo y su Lenguaje en el Proceso Psicoanalítico" dentro del compendio "El Cuerpo y el Psicoanálisis". Asociación Psicoanalítica Mexicana. Editores de Textos Mexicanos. México, D.F.
- RAMÍREZ TORRES, JL. (2000). "Cuerpo y Dolor. Semiótica de la Anatomía y la Enfermedad en la Experiencia Humana". Universidad Autónoma del Estado de México. México.
- SIVAK, R. (1998). "Corporalidad y Psicopatología. Alexitimia y Categorías Fenomenológicas". Dentro del compendio "Corporalidad. La Problemática del Cuerpo en el Pensamiento Actual". Lugar Editorial, Buenos Aires.
- TORDJMAN, G. (1990). "Cómo Comprender las Enfermedades Psicopatológicas". Gedisa, SA México.
- TUBERT-OKLANDER, J. (2006). "El Lugar del Cuerpo en la Teoría Psicoanalítica" dentro del compendio "El Cuerpo y el Psicoanálisis". Asociación Psicoanalítica Mexicana. Editores de Textos Mexicanos. México, D.F.

La enfermedad de Alzheimer desde la perspectiva bioética



LP Julieta AGUILAR PALAFOX
LP Marcela HERNÁNDEZ REYES

LA ENFERMEDAD de Alzheimer representa la forma más frecuente de demencia en la población mundial, su tasa de crecimiento se incrementa año con año, esto se agrega al fenómeno de envejecimiento poblacional que en algunos años más afectará también a México. La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad degenerativa, que suele aparecer entre los 70 y 80 años, su causa es desconocida aún, por lo que se hace compleja la labor de prevención. La persona con enfermedad de Alzheimer atraviesa por un curso lento de los síntomas que de a poco la van dejando sin capacidades cognoscitivas, motrices y de lenguaje; su personalidad cambia y es frecuente que se asocien a los síntomas la depresión y la ansiedad. Es una condición humana que conlleva dolor, miedo y sufrimiento constantes, tanto para el paciente, como para

sus familiares. Basándose en el curso de esta enfermedad y en el sufrimiento que provoca en la vida mental de quienes la padecen, se hace necesaria la atención sanitaria basada en los principios bioéticos que defienden el respeto a las personas, a su dignidad, a su autonomía y a su vida.

Introducción

La enfermedad de Alzheimer es considerada uno de los tipos de demencia que más frecuentemente se diagnostican en los organismos de salud alrededor del mundo, en la actualidad se calcula que el nivel de incidencia de este mal en adultos mayores es considerable, pues el 5% de las personas entre 65 y 80 años puede verse afectada, así como un 15% de los mayores de 80 años.

Se considera que existen actualmente unos 25 millones de personas que la padecen en el mundo, y probablemente en los próximos 20 años se registrarán 70 millones de nuevos casos.

Constituye la forma más común de demencia, se estima que entre un 50% a 70% de los casos diagnosticados de demencia y es la cuarta causa de muerte en los Estados Unidos, donde hay unos 4.5 millones y se espera que llegará a los 13.2 millones para el 2050, dando por entendido que las cifras se triplicarán.

En Europa hay aproximadamente 3 286 personas que padecen demencia y aparecen 824 casos nuevos por año, en España se ha detectado un incremento de la incidencia de casos debido al envejecimiento de la población y ha llegado a constituir un problema de salud pública, en este país hay unos 800 mil casos, aunque oficialmente, sólo hay registrados 600 mil.

En México las cifras son inciertas, según fuente de la Secretaría de Salud que no se tienen datos sobre la incidencia de esta enfermedad, esto debido a que no se practican encuestas epidemiológicas a nivel nacional, las cifras que se tienen de los casos se recaban de los registros hospitalarios de Centros de Salud, pero como se dijo antes, no se ha llevado a cabo una encuesta nacional epidemiológica para conocer la incidencia y prevalencia del problema. Sólo existe un estimado de 600 mil personas que padecen la enfermedad de Alzheimer en México.

El propósito principal de la presente investigación documental, es describir el panorama actual a nivel de evaluación, prevención e intervención psicosocial en el área del Alzheimer, desde la perspectiva de la bioética. Así como:

- Identificar, describir las conductas de riesgo que contribuyen al paciente con enfermedad de Alzheimer.

- Describir los principales programas de prevención para evitar la enfermedad de Alzheimer desde el enfoque psicosocial.
- Determinar programas efectivos de intervención psicológica para el paciente con enfermedad de Alzheimer.
- Identificar cuál es el trato que se debe dar a los enfermos de Alzheimer aplicando los principios bioéticos.

En México y los países latinoamericanos se espera que en los próximos 20 años se presente el fenómeno de envejecimiento de la población, con lo que se incrementará notablemente el número de casos. Dado lo anterior se hace necesario que se investigue acerca de esta enfermedad, con el propósito de procurar a la población medios de atención humanos y éticos, para que el proceso de la enfermedad sea más tolerable para la persona que tiene el padecimiento, como para los familiares y allegados a la misma.

Enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer ha sido definida por la OMS como: “Una dolencia degenerativa cerebral primaria de causa desconocida”. Esta enfermedad consiste en cambios microscópicos en el tejido cerebral de ciertas partes del cerebro y una pérdida progresiva y constante de acetilcolina, sustancia química que permite que las células nerviosas efectúen sinapsis y está íntimamente involucrada en actividades mentales vinculadas al aprendizaje, la memoria y el pensamiento.

Es un tipo de demencia que progresa lentamente, su esperanza de vida es de 8 a 10 años, donde se va presentando deterioros cognoscitivos específicamente de la memoria, con dificultades en la motricidad, en el lenguaje y en la identificación de objetos, esta enfermedad incapacita severamente a la

persona para cualquier actividad autónoma, esto en la última etapa de su curso.

La enfermedad de Alzheimer se manifiesta con mayor frecuencia entre los 70 y 80 años; tiene dos subtipos: el inicio temprano cuando los síntomas comienzan a presentarse a los 65 años ó antes y el inicio tardío donde la sintomatología comienza a presentarse después de dicha edad.

El curso de la enfermedad varía en cada persona, los síntomas al inicio son sutiles, casi imperceptibles, tanto para el paciente, como para su familia, pero los síntomas de memoria, razonamiento y juicio generalmente anuncian el inicio de la enfermedad, estos síntomas se van haciendo cada vez más frecuentes y más profundos.

El paciente empieza a manifestar una ligera pérdida de la memoria reciente, el déficit de la memoria se intensifica hasta la amnesia total, se afecta tanto la memoria primaria como la secundaria y posteriormente la memoria semántica y la remota, que incluyen todos los aspectos cognitivos, lo que incrementa el deterioro en todas las áreas de vida.

Con el tiempo se observa más desorientación y confusión, se produce el síndrome del anochecer, se produce cuando los síntomas empeoran por la tarde; los individuos tienen dificultad progresiva en las funciones ejecutivas como la interpretación de conceptos abstractos y en la consecución de tareas complejas. A menudo desarrollan dificultad en habilidades visuoespaciales, incrementando la tendencia a desorientarse o afectando su capacidad para construir esquemas sencillos (apraxia constructiva). Manifiesta dificultad para realizar certeramente movimientos voluntarios, como el vestirse, atarse los zapatos, etc., además de dificultades en la marcha, pierde el equilibrio y pueden presentarse anomalías motoras como la deambulación o el vagabundeo. En fases avanzadas le cuesta la deglución de

los alimentos, se atraganta frecuentemente y no controla sus gestos.

Las alteraciones del lenguaje se presentan de manera gradual y difusa, se altera inicialmente la expresión, para deteriorarse hasta un lenguaje pobre en contenido, esto debido a que tienen la incapacidad para encontrar las palabras y la denominación de los objetos (afasia), lo que resuelven sustituyendo las palabras (parafasias). Con el tiempo, los pacientes desarrollando cada vez más dificultad en la expresión y comprensión y pueden por último perder la capacidad para leer y escribir. En fases avanzadas de la enfermedad los pacientes pueden presentar ecolalia (repetir lo que acaban de escuchar), palilalia (repetir una palabra ó una frase) ó mutismo. Pueden presentarse agnosias, pérdida del reconocimiento facial (prosopagnosia).

La personalidad suele alterarse en las fases finales, puede aparecer depresión en el 20% de los casos, pueden aparecer también síntomas psicóticos, generalmente en forma de alucinaciones y a veces crisis de agitación o de pánico, las que aumentan con el incremento del deterioro. Pueden aparecer también delirios, agitación y agresión, apatía, estados de euforia, alteraciones del apetito y la alimentación, es muy frecuente en el inicio la irritabilidad y labilidad del afecto. Estos síntomas hacen difícil el manejo del paciente, especialmente para sus cuidadores quienes están en riesgo de generar también cuadros clínicos como depresión ó ansiedad debido a la dificultad para convivir con los síntomas conductuales.

En estadios avanzados de la enfermedad puede haber crisis convulsivas, incontinencia esfinteriana, postración en cama e incapacidad para expresarse y moverse a voluntad.

La etiología de la enfermedad ha sido por mucho tiempo difícil de establecer; existen tres grandes grupos de teorías etiológicas: la genética, la infecciosa y la tóxica

y de acuerdo con cada una de ellas puede tener distintos programas de prevención.

Respecto a la teoría genética no hay una medida preventiva, pues es cuestión cromosómica, sin embargo, cabe señalar que el hecho de que no se presente una predisposición al ser portadores de estos genes, se necesita de estímulos externos y otra combinación de factores.

En lo que se refiere a la infecciosa solo se sabe que existen virus denominados lentos que presumiblemente derivan este cuadro de enfermedad. Y por último como manera preventiva de la teoría toxica no existen evidencias que de acciones que puedan tener ese efecto.

Evaluación psicológica

La enfermedad de Alzheimer, como ya se explicó, cursa con una serie de síntomas que evolucionan en gravedad a lo largo del curso de la enfermedad, sin embargo es importante señalar la forma clínica en la que se lleva a cabo el diagnóstico.

En la práctica clínica, la sintomatología se presenta de manera insidiosa durante meses ó años y consiste fundamentalmente en la pérdida de la memoria, desorientación temporo-espacial, alteraciones del juicio y raciocinio, alteraciones del lenguaje, alteraciones de la comprensión verbal y visual, alteraciones de la capacidad de cálculo, cambios del carácter, etc. La sintomatología es muy variada de persona a persona, así como la presencia de ciertos síntomas a lo largo del tiempo del curso de la enfermedad. En un principio, los síntomas se superponen con los del envejecimiento normal, pero en algún momento se destaca el patrón típico de pérdida de la memoria, agnosia, apraxia y afasia.

El diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer se realiza por exclusión, es fundamentalmente clínico, elaborando una co-

recta historia clínica complementada con un examen neurológico y neuropsicológico. Con una batería de pruebas neuropsicológicas y, si es preciso, pruebas de imagen, un médico especializado tiene un 80%-90% de probabilidades de diagnosticar correctamente la enfermedad.

Las pautas para el diagnóstico definitivo de acuerdo con el CIE-10 se requieren todos los síntomas:

1. Deterioro de memoria.
Alteración para registrar, almacenar y recuperar información nueva.
Pérdida de contenidos amnésicos relativos a la familia o al pasado.
2. Deterioro del pensamiento y del razonamiento.
Demencia es más que dismnesia.
Reducción en el flujo de ideas.
Deterioro en el proceso de almacenaje de información.
Dificultad para prestar atención a varios estímulos simultáneos.
Dificultad para cambiar el foco de atención.
3. Interferencia en las actividades cotidianas.
4. Nivel de conciencia claro.
5. Síntomas presentes al menos durante seis meses.

Para el DSM-IV los criterios diagnósticos son los siguientes:

1. Déficits cognitivos múltiples.
Alteración de la memoria.
Una o más de las siguientes alteraciones cognitivas: afasia, apraxia o agnosia.
Alteración de la función ejecutiva.
2. Estas alteraciones interfieren en el funcionamiento laboral y social.
3. Curso gradual y progresivo.
4. Las alteraciones cognitivas no son debidas a otras causas.
5. Los déficits no suceden en el curso de un *delirium*.

En lo referente a los instrumentos de exploración clínica usados para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer, es usual el uso de:

1. Tomografía axial computarizada (TAC): es un aparato especial de rayos X que dispara una serie de rayos a través del cerebro y una computadora hace el análisis para crear una imagen de su estructura interna, su tamaño y su forma.
2. Resonancia magnética nuclear (RMN) ó imagen de resonancia magnética (IRM): hace una copia clara y detallada del tejido cerebral, las áreas enfermas contrastan del tejido sano.
3. Tomografía de emisión de positrones (TEP): se basa en la física nuclear, provee una foto del cerebro semejante a la del TAC, pero revelando la actividad existente en las diversas áreas del cerebro, mostrando si existe reducción de dicha actividad y las áreas afectadas. Permite detectar tempranamente el daño cerebral, lo que facilita la intervención médica oportuna.

De acuerdo con el DSM-IV (2001), los hallazgos de laboratorio de la enfermedad de Alzheimer, la mayoría de los casos presenta una atrofia cerebral con mayor dilatación de los surcos y mayor extensión de los ventrículos, en comparación a un cerebro que también enfrenta el proceso de envejecimiento, esto es visible en estudios con TAC y RMN. El examen microscópico de muestras de tejido cerebral arroja la presencia de cambios histopatológicos, entre los que se encuentran placas seniles, nudos neurofibrilares, degeneración granulovascular, pérdida neuronal, gliosis astrocitaria y angiopatía amiloide, encontrando también, en ocasiones, cuerpos de Lewis en neuronas corticales.

Por otro lado, Aso (2005), asegura que también son frecuentes en estudios TAC y RMN las apreciaciones de la pérdida de

volumen de los lóbulos temporales con ampliación de las fisuras silvianas e hidrocefalia exvacuo. Se observa en la RMN el ribete cortical más reducido que la sustancia blanca.

Instrumentos de evaluación psicométrica de la enfermedad de Alzheimer

Tests de Cribado para la detección de la enfermedad de Alzheimer

Son instrumentos diagnósticos, están compuestos por una serie de factores específicos, que permiten estimar de manera temprana déficits en las funciones cognitivas.

Estos *tests* funcionan a manera de filtros en paciente asintomáticos ó sintomáticos leves, su función no es diagnosticar, sino seleccionar sujetos que posiblemente se encuentren en el inicio de la enfermedad. Su aplicabilidad es sencilla, así como la interpretación de los resultados, su aplicación suele ser rápida, con el fin de que pueda incluirse en la misma consulta diagnóstica, teniendo en cuenta el número de personas a quienes se les aplica y su posibles limitaciones físicas, sensoriales y culturales.

Estas pruebas son consideradas *tests* neurológicos breves y constituyen las únicas pruebas de demencia con una amplia validez y confiabilidad en los países europeos y Estados Unidos.

Mini Mental State Examination (MMSE)

Es un *test* creado por M.F. Folstein, en 1975; es una escala cognitiva-conductual para confirmar y cuantificar el estado mental de una persona. Tiene una alta dependencia del lenguaje y consta de varios *ítems* relacionados a la atención. Se puede aplicar en 5 a 10 minutos, dependiendo del entrenamiento del aplicador.

Evalúa la orientación, el registro de información, la atención y el cálculo, el recuerdo, el lenguaje y la construcción. Tiene

una puntuación total de 30, donde un score menor de 24 sugiere demencia, entre 23 y 21 demencia leve; 20 y 11 demencia moderada y menor de 10 demencia severa.

El la demencia tipo Alzheimer, la media de cambio de puntuación anual es de 2 a 5 puntos.

Short Blessed Test (SBT) ó Escala de Demencia de Blessed

Fue diseñada por Blessed *et al.*, en 1968 con el fin de establecer una correlación anatómico-funcional entre una escala y el número de placas seniles encontradas en las muestras cerebrales de pacientes ancianos. Se utiliza para valorar el grado de severidad del deterioro cognitivo, su control evolutivo y la respuesta a nuevos tratamientos.

Requiere unos 20-30 minutos para su ejecución. Consta de dos partes: una valoración funcional mediante entrevista efectuada al cuidador, interrogándolo sobre la capacidad del paciente para desenvolverse en el día a día (Escala de demencia propiamente dicha o Dementia Rating Scale-DRS), y una valoración cognitiva, el *Information Memory Concentration Test* o IMCT, que se realiza mediante una entrevista al paciente y viene a medir los mismos aspectos del Mini Examen Cognitivo (MMSE).

La sub-escala de valoración funcional (DRS) consta de 22 *ítems* divididos en tres apartados: cambios en la ejecución de las actividades diarias, de hábitos y de personalidad, interés y conducta. Su puntuación máxima es de 28 puntos.

La subescala cognitiva (IMCT): explora, en 28 *ítems*, orientación-información, memoria y concentración-atención, con una puntuación máxima de 37. Existe una versión reducida de ésta, el *Short Orientation-Memory-Concentration Test* (SOMC), diseñada por Katman *et al.*, formada por los 6 *ítems* más sensibles del *test* original y ponderando los errores cometidos.

Cuestionario portátil breve del estado mental

Creado por Pfeiffer en 1975, se trata de un cuestionario que estima la funcionalidad, en concreto, actividades instrumentales de la vida cotidiana.

Tiene una fiabilidad alta para el diagnóstico del deterioro cognitivo en fases iniciales, su rendimiento es mayor si se aplica en combinación con otros *tests* psicométricos.

Syndrom Kurztest (SKT)

Creado por Erzigkeit H. en 1989; se trata de un *test* breve para el estudio de la memoria y la atención.

Contiene nueve *subtest* que estudian la denominación de objetos, evocación, aprendizaje, lectura de números, ordenamiento de números, tareas de interferencia y dos pruebas de memoria. Tiene cinco formas paralelas para permitir una evaluación repetida. Existen adaptaciones y validaciones para distintos medios culturales. Lo puede administrar cualquier personal sanitario adiestrado y su tiempo de administración es de 10-12 minutos.

Se obtienen puntuaciones brutas de cada uno de los nueve *subtest*. Las puntuaciones brutas se reconvierten en una escala a través de una tabla de conversión en función de la edad y nivel premórbido.

Las puntuaciones totales se sitúan entre 0 y 27 puntos, donde las puntuaciones mayores representan un mayor deterioro.

El *test* es muy útil como medida compuesta de la función cognitiva. No implica componentes de lectura y escritura, pero requiere un conocimiento numérico básico.

Interview for Deterioration in Daily Living Activities in Dementia (IDDD): (Entrevista del deterioro de las actividades diarias)

Creado por Teunisse S, Derix MM, Crevel H. Su objetivo es la evaluación de las activi-

dades de la vida diaria en sus aspectos complejos (instrumentales) y básicos.

Contiene 33 *ítems* divididos en dos apartados: cuidado personal (16 *ítems*) y actividades complejas (17 *ítems*). El apartado de cuidado personal, está centrado en actividades básicas de la vida diaria como bañarse, secarse, vestirse, cepillarse los dientes, peinarse, etc. El apartado de actividades complejas contiene *ítems* centrados en actividades instrumentales como comprar, pagar, cortar la comida o encontrar cosas.

Consiste en una entrevista con un informante (familiar o cuidador fiable), dura alrededor de 12-15 minutos.

Para calificarla cada ítem se puntúa en una escala de 1 a 3. Se puntúa 1 cuando el sujeto no necesita ayuda en la actividad preguntada. Se puntúa 2 si en ocasiones necesita ayuda o más ayuda que la habitual. Se puntúa 3 si siempre o casi siempre necesita ayuda o mucha más que habitualmente. La puntuación final es la suma de las puntuaciones obtenidas en cada ítem.

Rapid Disability Rating Scale-2 (RDRS-2), (escala rápida de deshabilidad mental)

Es creado por Linn MW, Linn B.S. en 1982. Evalúa la discapacidad en personas de edad.

Contiene 18 *ítems* divididos en tres apartados: ayuda para las actividades cotidianas (andar, bañarse, vestirse, etc.); el grado de incapacidad (comunicación, audición, visión, incontinencia, etc.), y los problemas especiales (confusión mental, falta de cooperación, depresión).

Se administra a través de una entrevista a un familiar o cuidador que conozca bien al paciente. La puede usar directamente el personal que trata pacientes en instituciones. El tiempo de administración es de 5-8 minutos.

Cada *ítem* se puntúa en una escala de 1 a 4. El rango de las puntuaciones posibles va de 18 (no existe discapacidad) a 72 (casos más graves). Los sujetos ancianos que

viven en la comunidad y que presentan un mínimo de discapacidad puntúan alrededor de 22. Los sujetos ancianos hospitalizados puntúan alrededor de 32, los ingresados en residencias puntúan alrededor de 36.

Escala de Depresión de Hamilton. Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

Creada por Hamilton M, en 1960, su objetivo es evaluar la gravedad de la depresión en personas de cualquier edad a través de una entrevista semiestructurada con 21 *ítems*. En general, únicamente se consideran 17 *ítems*.

Incluye síntomas somáticos y componentes semiológicos de ansiedad. Se requiere experiencia en la entrevista psiquiátrica. El tiempo de administración oscila entre 20 y 25 minutos.

Para su calificación nueve *ítems* se puntúan de 0 a 4, mientras que ocho *ítems* se puntúan 0-2. La puntuación final es la suma de las puntuaciones parciales. La puntuación máxima en la versión de 17 *ítems* es de 52.

En general, se considera un punto de corte de 10/11 como indicativo de depresión. Requiere una evaluación especial una puntuación superior a 13 o puntuación del ítem 1 (estado depresivo) de dos o más.

Escala de Depresión Geriátrica. Geriatric Depression Scale (GDS)

Sus autores son Yesavage J.A, Brink T.L., Rose T.L., Lum O., Huang V., Adey M., Leier O. Fue creada en 1983. Su objetivo es la evaluación de la depresión en ancianos.

En su versión completa consta de 30 preguntas relacionadas con la depresión en personas de edad. El paciente debe responder sí o no a cada pregunta.

Existen versiones de 15, 10 y cuatro *ítems* que se adaptan a distintas necesidades del clínico. Las versiones de 10 y cuatro *ítems* se pueden usar como *screening* (*tests* de cribado). No requiere especial formación

para su evaluación. Se puede usar mediante autoevaluación. La aplicación dura entre 10 y 12 minutos.

Neuropsychiatric Inventory (NPI): (Inventario de Neuropsiquiatría)

Creado por Cummings J.L, Mega M., Gray K., Rosenberg-Thompson S., Carusi D.A, Gornbein J. en 1994; su objetivo es evaluar las manifestaciones neuropsiquiátricas más frecuentes en las demencias y determinar también su frecuencia e intensidad de forma.

Contiene un listado de 12 alteraciones neuropsiquiátricas (delirios, alucinaciones, agitación/agresión, etc.). Inicialmente se pregunta sobre la existencia del síntoma, y si la respuesta es positiva, se evalúa la frecuencia y la intensidad del mismo. También se pregunta sobre la molestia que efectúa en el cuidador.

Se aplica entrevistando a un cuidador o familiar. El tiempo de administración varía, pues depende del conocimiento del paciente y de que se use o no sistemáticamente la entrevista estructurada del inventario. Dura alrededor de 15 minutos.

En su calificación cada *ítem* se puntúa en una escala de frecuencia que va de 0 (inexistente) a 4 (muy frecuentemente ó continuamente). La gravedad se puntúa mediante una escala de tres puntos. Leve, moderado y grave. En cada variable se realiza el producto entre la frecuencia y la gravedad. La puntuación final es la suma de las puntuaciones parciales de cada *ítem* (puntuación máxima posible = 144).

Clinical Dementia Rating (CDR): (Escala clínica de demencia)

Es creada por Hughes C.P., Berg L., Danzinger W.L. en 1988. Su objetivo es medir globalmente el grado de demencia.

Consiste en evaluar seis ámbitos cognitivos y funcionales: memoria, orientación, juicio y resolución de problemas, capacidad

en la comunidad, capacidad en casa y en aficiones y cuidado personal.

La administra un clínico a partir de la información reunida en la entrevista clínica con el paciente y con un informante fiable. Por lo general, se requiere una entrevista estructurada de unos 40 minutos de duración.

Se puntúa a través de la comparación de los datos del paciente en cuestión con cada uno de los grados señalados en cada variable de la escala. El paciente se adscribe a la categoría más adecuada de cada variable. Se puntúa 0 en caso de normalidad, 0,5 en casos de trastornos dudosos, y 1, 2 o 3 en casos de trastornos leves, moderados o graves. La puntuación final depende del conjunto de puntuaciones obtenidas en las diversas variables, con la tendencia a que la puntuación de la memoria es la dominante. No es fácil dar la puntuación global si no se conocen las reglas de puntuación. Existen tablas para obtener la puntuación global a partir de las puntuaciones de cada variable. Se realiza, también, una puntuación llamada *sum of boxes* (suma de las casillas), obteniéndose la puntuación media final.

Global Deterioration Scale (GDS): (Escala de deterioro Global)

Creada por Reisberg B., Ferris S.H., de León M.D., Crook T. en 1982, su objetivo es la evaluación de las fases de deterioro desde la normalidad hasta las fases más graves de demencia.

Presenta una descripción de siete fases características de la evolución de la normalidad a las fases más graves de la demencia tipo Alzheimer.

La realiza un clínico que conoce los datos relevantes del paciente. Dura alrededor de 2 a 3 minutos si se dispone de la información requerida. De otra forma requiere una entrevista dirigida.

Para su interpretación se escoge la fase que mejor describe la clínica actual del paciente.

Test Barcelona-Abreviado (TB-A)

Creado por Peña-Casanova J., Guardia J., Bertrán-Serra I., Manero R.M., Jarne A. en 1997. Su objetivo es la exploración neuropsicológica general de longitud intermedia a partir de la versión inicial y completa del *test*.

Contiene los principales apartados de la exploración cognitiva. Un total de 55 *ítems*, dividido en 7 variables: orientación, lenguaje, lectura, escritura, reconocimiento visual, memoria y abstracción. Existen versiones para población española, mexicana, chilena, argentina y peruana.

Requiere experiencia y conocimientos de neuropsicología. La interpretación la debe realizar un clínico experto.

El tiempo de administración oscila entre 30 a 40 minutos en función del tipo de paciente y de la experiencia del examinador.

Se realiza una puntuación específica por *subtest* según las normas del manual. El resultado de cada *subtest* se pasa a una hoja de registro (perfil), correspondiente con la edad y escolaridad del sujeto. En esta hoja las puntuaciones quedan distribuidas en columnas correspondientes a los distintos percentiles. Se obtiene un perfil (gráfico) en el que se observan las capacidades preservadas y alteradas.

A partir de la puntuación bruta de cada *subtest* se realiza una reconversión en una escala ordinal (0, 1, 2). El sumatorio de esta reconversión da lugar a una puntuación que puede oscilar entre cero y 110 (máximo posible obteniendo dos puntos en cada uno de los 55 *ítems*). La puntuación obtenida se reconvierte a una escala en la que la media es 100 y la DE 15 (equivalente CI).

El Test de los Siete Minutos

Fue diseñado por Solomon y Pendelberry en 1998, para evaluar demencia. Sigue dos criterios fundamentales: explorar procesos cognitivos específicamente comprometidos en la demencia de tipo Alzheimer, y haber

demostrado alta sensibilidad en la detección temprana de déficit. A su vez, las pruebas debían caracterizarse por un tiempo de ejecución breve y un procedimiento de valoración objetivo y por ser de fácil aplicación.

El *test* de los Siete Minutos permite una exploración específica de varias áreas cognitivas especialmente comprometidas y precozmente afectadas en la demencia de tipo Alzheimer y en otras demencias: orientación temporal, memoria inmediata y a largo plazo, denominación, organización visuoespacial, procesamiento y memoria semántica. Incluye cuatro *subtests*: a) *test* de orientación de Benton (orientación temporal); b) recuerdo libre y facilitado (memoria episódica); c) *test* del reloj (capacidad visuoespacial y visuoconstructiva); y d) fluidez categorial (memoria semántica y estrategia de recuperación de palabras). *Subtests* contenidos en *Test* de los Siete Minutos:

Test DE ORIENTACIÓN TEMPORAL DE BENTON. Este cuestionario de Benton incluye cinco preguntas básicas de orientación temporal. A diferencia de otras pruebas de orientación temporal, no sólo evalúa el acierto-errores de las respuestas del sujeto, sino que además puntúa el grado de desviación respecto a la respuesta correcta, cuantificando la magnitud del error. La magnitud del error se puntúa del modo siguiente: Día de la semana: 1 punto por cada día de error con un máximo de 3 puntos. Día del mes: 1 punto por cada día de error con un máximo de 15 puntos. Mes: 5 puntos por cada mes de error con un máximo de 30 puntos. Año: 10 puntos por cada año de error con un máximo de 60 puntos. Hora: 1 punto por cada 30 minutos de error con un máximo de 5 puntos.

RECUERDO LIBRE Y FACILITADO. Este *test* está basado en el hecho de que los pacientes con demencia de tipo Alzheimer tienen una notable incapacidad para beneficiarse de estrategias mnemotécnicas en el procesamiento, codificación y recuperación de la

información. Evalúa la memoria episódica tras haber forzado el sujeto el procesamiento semántico de cada uno de los dibujos presentados en una secuencia de categorización, denominación y recuerdo inmediato. Durante la presentación se proporciona una clave semántica (categoría del objeto) para cada ítem, que en la fase de “recuerdo facilitado” servirá como clave de acceso al material memorizado y vía común forzada para el almacenamiento y la recuperación de la información. Además, al establecer una pauta de aprendizaje, se reducen las interferencias por distracción o ansiedad ante la evaluación. En el *Test* de los Siete Minutos se presentan dibujos de objetos que el sujeto debe denominar, lo cual posibilita su aplicación a individuos de bajo nivel cultural o analfabetos y asegura la correcta identificación del objeto. El procedimiento de aplicación de la prueba es el siguiente:

Denominación: primero se solicita al sujeto que denomine cada una de los elementos que se presentan (se muestran 16 figuras pertenecientes a diferentes categorías: (plátano, fruta; elefante, animal; etc.) distribuidas en cuatro tarjetas con cuatro figuras cada una).

Recuerdo inmediato: tras la correcta identificación de los cuatro elementos de la tarjeta, se retira y se pregunta al sujeto por cada uno de los elementos (“le he enseñado una fruta, ¿qué fruta era?”), repitiendo este proceso con las cuatro tarjetas.

Recuerdo libre: una vez concluidos la denominación y recuerdo inmediato de las figuras se realiza una tarea distractora (meses del año hacia atrás), tras la que se solicita al sujeto que diga los nombres de todos los dibujos que recuerde.

Recuerdo facilitado: cuando el sujeto ya no es capaz de recordar más figuras (15 segundos sin respuesta) se le dice: “Voy a darle algunas pistas para ayudarlo” (clave semántica). Se le pregunta por cada figura que no ha recordado indicándole la categoría a la que

pertenece del siguiente modo: “Le mostré el dibujo de una fruta; ¿cuál era?”. La suma del recuerdo libre y el recuerdo facilitado forma la puntuación de recuerdo total.

Test DEL RELOJ. Mediante esta prueba se evalúan las habilidades visuoespaciales y visuoconstructivas, la cual ha demostrado un buen rendimiento diagnóstico en la detección del deterioro mental y la demencia. Consiste en solicitar al sujeto que dibuje un reloj que marque las once y diez y se puntúa de 0 a 7 según los siguientes criterios:

- Están todos los números del 1 al 12 (arábigos o romanos).
- Los números están en el orden creciente correcto (aunque no estén los 12).
- Los números están en la posición correcta, repartidos en los cuatro cuadrantes.
- Hay dos manecillas (no valen señales o círculos).
- La hora está señalada (con la manecilla u otra señal).
- Los minutos están señalados (con la manecilla u otra señal).
- La manecilla de las horas es menor que la de los minutos (o el sujeto lo indica de forma verbal).

FLUIDEZ CATEGORIAL. Esta prueba, que valora la memoria semántica y el acceso al almacén léxico, ha sido muy utilizada en la evaluación cognitiva y en la detección sistemática del deterioro mental; se ha demostrado que es muy sensible al deterioro en la demencia de tipo Alzheimer. Sus principales características son:

- a) Tiempo máximo: un minuto que debe cronometrarse.
- b) Puntuación: número de nombres de animales dados por el sujeto en un minuto.
- c) No se puntúan los nombres repetidos o incorrectos.

La puntuación global del *Test* de los Siete Minutos se obtiene combinando los resultados de los cuatro *subtest* que lo componen a través de tablas de conversión. En primer lugar, se transforma la puntuación de cada *subtest* en puntuación Z (típica), lo que permite su interpretación en relación con la distribución de la población normal de referencia y, además, la expresión de las cuatro puntuaciones en una misma escala homogénea. Posteriormente, estas puntuaciones se suman, dando lugar a un valor que ofrece una interpretación simple e intuitiva de los resultados de la evaluación y que puede ser contrastado con un punto de corte para demencia o expresado en percentiles de la distribución del grupo normativo.

La evaluación psicosocial

La evaluación psicosocial precede al diagnóstico de Alzheimer, consiste en evaluar al paciente en el sentido de entender el impacto de su enfermedad en el propio individuo, en el funcionamiento de éste y en el impacto en la familia.

La enfermedad de Alzheimer afecta toda la estructura del paciente, todas sus áreas de vida, por ello, se hace más útil evaluar en base a esa integridad, no sólo en base a los síntomas. Esto llevará a un tratamiento individualizado, significativo y útil, donde pueden detectarse los recursos funcionales, intelectuales y psicológicos del paciente y reforzarlos.

En esta evaluación se deben tomar en cuenta los sistemas de apoyo existentes tanto para el paciente como para su familia, cuidando de especial manera al cuidador primario, que es quien se ha involucrado más en la atención al paciente, y que es quien tiene mayor probabilidad de deteriorar su salud física y emocional por el proceso difícil de la enfermedad. Debido a este conocimiento es recomendable ubicar las actividades a realizar, las responsabilidades y

el apoyo, todo repartido en la familia, con la ayuda de sus grupos de apoyo.

Es necesaria una comprensión integral de los recursos prácticos como de los problemas psicosociales que existan dentro de la familia, esto ayudará a establecer estrategias de cuidado y apoyo para los involucrados directa e indirectamente con la enfermedad.

Programas de prevención

La prevención constituye la base más segura para evitar la enfermedad. Sin embargo, es difícil evitar su aparición, puesto que se desconoce la causa que la produce. Las recomendaciones de los expertos se centran fundamentalmente en dos puntos clave: detección precoz de los primeros síntomas, y ejercitar la memoria y la función intelectual. Últimamente se están asociando los factores de riesgo vascular (hipertensión, diabetes) a mayor riesgo, no sólo de padecer demencia vascular, sino también de enfermedad de Alzheimer.

La detección precoz supone ganar tiempo a la enfermedad y retrasar los peores síntomas, los que incapacitan más a las personas. Por eso es tan importante detectar las primeras manifestaciones, signos que indican un declive en la memoria, aunque no haya todavía disfunciones cognitivas, o alteraciones en la capacidad intelectual, de esta forma, se podrá actuar a tiempo.

Otra estrategia se encuentra en el ejercicio intelectual y, específicamente, de la memoria. Se ha expuesto que el entrenamiento de la memoria y de las capacidades intelectuales –por ejemplo, a través de la lectura– retrasa la evolución de la enfermedad.

También se ha asociado un mayor nivel cultural a menor riesgo de padecer la enfermedad. Además, mantener una dieta equilibrada, baja en grasas, parece proteger también frente al deterioro cognitivo.

Son pocos a nivel mundial los programas específicos de prevención para el

Alzheimer, en España se tienen programas para el envejecimiento saludable, en los diferentes niveles de prevención, las que van enfocadas hacia actividades de prevención del deterioro cognitivo y de la demencia; dirigidas sobre todo: al control de los factores de riesgo cardiovascular, de los déficit sensoriales y, al uso racional de los fármacos.

Intervención

La intervención en el proceso de la enfermedad se da para retardar su progreso pero no detenerla. El tratamiento va destinado al aplazamiento de la evolución de la enfermedad, a manejar los problemas de conducta, la confusión y la agitación, a modificar el ambiente del hogar y, lo más importante, a ofrecer apoyo a la familia. Por una parte el enfermo es sometido a un riguroso tratamiento farmacológico que consiste en la ingesta de fármacos, específicamente los diseñados para este padecimiento, es decir aquellos que tienen como finalidad la mejoría de síntomas cognitivos y conductuales y ralentizar la progresión de la enfermedad y por otro lado la utilización de medicamentos para el control de otros síntomas no exclusivos de la enfermedad como son los antipsicóticos y neurolépticos. De acuerdo con la fundación Alzheimer IAP, dicha actuación inicia con un programa de evaluación cognitiva y funcional. Se trata de un protocolo de evaluación que se aplica a los pacientes, donde el objetivo es determinar la existencia de la demencia; el tipo y el nivel o grado en el que se encuentra el paciente; lo anterior con la finalidad de establecer las posibilidades existen para un programa de tratamiento o rehabilitación.

Posteriormente y dependiendo de la etapa de la enfermedad que se transcurra se inicia con un programa denominado “Centro de día”; en donde el programa consiste en dar apoyo a los pacientes mediante dife-

rentes programas de estimulación psicomotriz, que pretenden conservar las capacidades residuales de cada uno. Un programa de técnicas de intervención conductista el cual contiene la reeducación de actividades de vida diaria, habilidades sociales, autoestima, desarrollo de la memoria. Técnicas de facilitación cognitiva y estimulación; estructura del entorno, control de estimulación, orientación a la realidad, técnicas para prevenir las capacidades, programa de reeducación (actividades físicas, memoria, sociales, información, orientación). Técnicas de autocuidado. Actividades socioculturales y la intervención psicoterapéutica por la corriente psicoanalítica y la terapia de validación. Así mismo, se les brindan cuidados generales, vigilancia de la salud, y terapias recreativas y como complemento y actividad cotidiana el paciente come dentro del centro. Por su parte los familiares del paciente tienen una reunión mensual en el programa de grupo de autoayuda, para compartir experiencias y recibir pláticas informativas sobre temas relacionados a las enfermedades demenciales.

Sin embargo, en España se ha intentado diseñar un programa de intervención de manera más completa, mismo que ha tomado en cuenta la etapa de la enfermedad, como aspectos biológicos; el paciente y su situación emocional y afectiva, como factores psíquicos y por último la familia en conjunto con los recursos a los que tienen acceso como parte de los factores sociales. De tal manera que el modelo se basa en la idea de la existencia de un correlato anatómopatológico que afecta diferencialmente a diversas áreas cerebrales en las diferentes fases de la enfermedad y que evoluciona de una manera determinada.

De acuerdo con Yanguas (2007), el modelo de intervención por estadios de la enfermedad tiene un carácter preventivo para envejecimiento normal y un carácter preventivo y/o rehabilitador y/o paliativo según estadios de evolución de la enfermedad de

Alzheimer, propone varios programas, entre los cuales se pueden describir los siguientes:

Programa de intervención con envejecimiento normal

Para los pacientes que no presentan ninguna afectación clínica a excepción de quejas subjetivas sobre su funcionamiento cognitivo, se realiza un trabajo general a nivel de todas las funciones cognitivas, incidiendo en aquellas que implican un funcionamiento general cognitivo y que son fundamentales para el mantenimiento de la autonomía y la calidad de vida de los sujetos. Se presta especial atención a la memoria, otros aspectos relacionados con el bienestar global de la persona como el autocuidado de la salud, habilidades sociales, resolución de problemas cotidianos y toma de decisiones, relajación, autoestima, etcétera.

Programa de intervención con enfermedad de Alzheimer leve-moderada

Los pacientes participan en la intervención diseñada para la estimulación de las capacidades que están empezando a declinar y el reforzamiento de las que aún se conservan. Como actividad principal se presta más atención al mantenimiento de la autonomía para las actividades de la vida diaria básicas y en el mantenimiento de la capacidad de toma de decisiones cotidianas para fomentar el mantenimiento de su calidad de vida. Su objetivo en concreto, consiste en el mantenimiento de la autonomía y la autoestima y la mejora de la calidad de vida del sujeto y, como consecuencia, de la familia y el entorno que le rodea.

Programa de intervención con enfermedad de Alzheimer moderada-grave

La intervención en este grupo está basada en actividades básicamente procedimenta-

les, debido al gran deterioro neuronal que sufren en estos estadios, siendo estas capacidades las que tienen una base anatómica que está más conservada hasta fases muy avanzadas de la enfermedad. Se intenta también que la carga del lenguaje y la memoria declarativa sean mínimas tanto en la valoración como en la intervención, y ésta pretende capacitar a los sujetos para realizar las acciones básicas (movimientos, secuencias, decisiones simples, respuesta a estímulos) que les van a permitir realizar actividades básicas de la vida diaria, bien sean completas o partes de éstas.

Programas basados en las actividades del método Montessori

El método de intervención cognitiva para pacientes con deterioro cognitivo grave basado en las actividades del método Montessori, es un programa que se realiza con buenos resultados en el *Myers Research Institute de Cleveland* (Ohio, EEUU), fue adaptado por Cameron Camp (1999) y está basado en las actividades creadas por María Montessori para el trabajo con niños con necesidades educativas especiales.

Esta teoría se adaptó y se utilizó para crear el método Montessori para personas con demencia por La Fundación Instituto Gerontológico Matia-INGEMA. Los resultados obtenidos indican que los tratamientos no farmacológicos resultan eficaces incluso en fases avanzadas de la demencia. Concretamente la reducción de alteraciones conductuales, fomento de la autonomía del paciente y mejora de algunas de las funciones cognitivas (lenguaje, memoria y aritmética) al cabo de seis meses de intervención.

El programa dirigido a personas con deterioro cognitivo grave tiene como objetivos: proporcionar a las personas con deterioro cognitivo grave tareas que les permitan mantener o mejorar las habilidades necesarias para la realización de Actividades Básicas

cas de Vida Diaria (ABVD), proporcionar estimulación cognitiva con cierto grado de dificultad mientras sean capaces de realizarla, por medio de actividades que tengan significado para el paciente y disminuir las alteraciones de conducta y mejorar la calidad de vida de los pacientes y de sus cuidadores formales e informales.

Bioética

La bioética como disciplina tiene unas cuantas décadas de haberse iniciado como tal en ambientes anglosajones, sus raíces etimológicas: *bios*: vida y *ethos*: ética permite ver su significado en sí mismo: el respeto a la vida como principio rector para toda práctica profesional, y aún más allá para todo modo de vivir. Su precursor en Estados Unidos, el doctor Van Rensselaer Potter, la rescata de los conocimientos de los antiguos filósofos griegos y la establece en la era moderna como una nueva rama del conocimiento humano consistente en servirse de las ciencias biológicas para mejorar la calidad de vida, va más allá de la práctica médica y se extiende más a un modo de vida.

En este sentido, Hernández-Vela (2005), concluye que la bioética es la ética de la vida, erigida como paladín de la dignidad, de la identidad y de los derechos y libertades fundamentales de las personas y los sistemas biológicos creados en normas jurídicas de alcance universal. Es seguir la dirección de lo moralmente correcto en ciertas situaciones de controversia, sin embargo, Antes de seguir adelante se debe señalar la diferencia que existe entre ética y moral.

Ética viene del griego, se refiere a la costumbre, a la conducta en la vida y a las reglas que la dirigen. Tiene un significado equivalente al de moral dando lugar, a cierta confusión al momento de emplear ambos términos, aclarando, la ética es una parte de la filosofía que estudia los objetos mo-

rales, posee un sentido mucho más amplio que a la moral porque le incumbe discernir, además, sobre los sujetos, los valores, las normas y los principios. Al estar la ética constituida por el estudio de los objetos morales, en general, deja un amplio margen de reflexión y decisión.

El término moral viene del latín, *mos-mores*, se refiere, igualmente, a las costumbres, a la conducta en la vida y a las reglas que la dirigen. Se define la moral como un código de leyes, una doctrina, un sistema de normas de conducta, es decir, “un conjunto organizado, sistemático, jerarquizado de reglas y valores”. Lleva implícita la idea de un deber que se opone al ser y al hacer, regula la conducta humana referida al bien y al mal. Es por ello que cuando se hace referencia a los principios morales, se debe evitar entenderlos como si fuesen criterios de certeza, se debe recordar que estos criterios son relativos, que enuncian lo que cada uno tiene como concepto del lo bueno y lo malo, y que por tanto se van a encontrar miles, millones de criterios morales diferentes, tantas como humanos hay en la tierra, sin embargo, son los principios éticos los que emanan de un consenso del estudio de tales objetos morales, pudiendo con ello constituir normas y leyes.

El trabajo en el ámbito de la asistencia médica, involucra de manera continua el uso del criterio moral y ético en la toma de decisiones y trato a la persona que se encuentra en la condición de paciente, por tanto todo el personal médico, de todos los niveles debe estar formado con las bases éticas necesarias y suficientes, para que le permitan resolver las situaciones que se les presentan, de modo que preserven el respeto por el paciente, por su dignidad y derechos universales.

Pardo (2005) hace alusión a las virtudes que debe tener un trabajador de la salud, entre las que destaca la sensibilidad para elegir lo que en el momento debe aten-

derse como importante para la persona, tolerancia para aceptar las decisiones de otros aunque le parezcan inadecuadas, y aún así prestar el servicio oportunamente; señala también la prudencia para no incurrir en acciones paternalistas, lo cual tampoco encierra el sentido de la bioética, que tampoco es minimizar el poder de decisión del paciente y ponerlo en una posición de comodidad, sino por el contrario es saber precisamente que él puede tomar decisiones (en la mayoría de los casos) para mejorar su calidad de vida. Por otro lado el autor establece también la conciencia, como la capacidad para distinguir el bien del mal, y es ésta última virtud la que lo habilita para tomar la acción humana éticamente correcta.

Para guiar estas características de la persona ética, se tienen como principios rectores los siguientes:

- Principio de beneficencia: es dar el máximo de atención adecuada, obliga al personal de salud a poner el máximo empeño en atender al paciente y hacer cuanto pueda para mejorar su salud. No siempre es fácil la aplicación de este principio, pues el encargado del servicio médico, debe ponderar los riesgos y beneficios de la situación surgida, depende de los intereses y valores de las personas afectadas, de la prioridad de los valores implicados, de la ponderación de las consecuencias individuales y sociales.
- Principio de autonomía: son los derechos del paciente, y se basa en la convicción de que el ser humano debe ser libre de todo control exterior y ser respetado en sus decisiones vitales básicas. Implica el reconocimiento del paciente como un sujeto, no como un objeto, debe por lo tanto ser correctamente informado de su situación y de las posibles alternativas de tratamiento que se podrían aplicar, así como las posibles consecuencias de

cada elección. Este principio encuentra aplicación en el consentimiento informado, que sin duda es uno de los derechos del paciente.

- Principio de justicia: es hacer el bien a terceros, no implica tratar a todos igual necesariamente, pero sí que cada uno tenga acceso a los servicios médicos adecuados, dignos y básicos.
- Principio de no maleficencia: la obligación aquí es la de no dañar intencionalmente, basado en el principio hipocrático: *Primum non nocere*: “Primero no hacer daño”. Lo que no precisamente implica que se deba buscar beneficio, pero es importante que en las decisiones éticas se busque hacer el menor daño o mejor aún ningún daño al paciente.

La bioética, en el caso concreto de la psicología se encarga de poner a la disposición del personal de asistencia en salud mental los preceptos y normas que le permiten resolver, en un momento dado, los dilemas e inquietudes surgidos de la interrelación con los pacientes, no refiriéndonos a paciente en el sentido estricto de la patología, sino también al medio en el que reside el paciente, sus acontecimientos vitales que inciden sobre la enfermedad, el grado de autonomía o de incapacidad, los problemas surgidos de las relaciones interpersonales, del desempeño laboral ó académico, así como los problemas que han sido objeto de atención clínica como farmacodependencia, trastorno mental, incapacidad cognoscitiva, motriz, etc., que de alguna manera afecten sus emociones y el grado de adaptación a las diferentes esferas de vida en las que se desenvuelve el individuo.

La bioética, por otro lado, se requerirá para resolver problemas derivados de los procesos de tratamiento, van a surgir dilemas éticos a lo largo del procedimiento psicoterapéutico. Por una parte, conflictos comunes a otras especialidades médicas, como

los relativos a la información, la confidencialidad, el buen hacer médico en la praxis, la distribución justa de recursos, etc. Pero por otra, también, se presentan conflictos específicos, como los relativos a la competencia o capacidad de los pacientes a la hora de decidir sobre su tratamiento o enfermedad, la designación de las personas que deben sustituir esta toma de decisiones en los pacientes incapacitados para ello, el ingreso y los tratamientos involuntarios, etcétera.

Los problemas que suelen surgir en los procedimientos de salud mental con los pacientes pueden estar referidos a diferentes situaciones, entre las que se encuentran, por mencionar algunas, las siguientes:

La confidencialidad

El derecho a la confidencialidad se hace importante por el hecho de que por ley el paciente tiene el derecho a que se reserve en secreto la historia de vida y médica, esto se dificulta en ocasiones debido al gran número de profesionales que intervienen en la atención psiquiátrica (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, auxiliares de clínica, monitores, terapeutas ocupacionales, etc.) y por las características de la información obtenida a través de las entrevistas, tanto concerniente al paciente como a la familia, el guardar la confidencialidad debida suele ser problemático. Los contactos con familiares, estructuras sociales o laborales, cuando el paciente no ha dado permiso para que se revele su condición de enfermo, suponen un conflicto ético. Igual sucede cuando se emiten informes a otros profesionales o entidades sociales sin conocimiento del paciente. En las comunicaciones a terceros, lo más prudente será utilizar de modo sistemático el criterio de “mínima información necesaria”.

En el caso de niños maduros y adolescentes, salvo en situaciones de riesgo como las anteriormente señaladas, prima el derecho a la confidencialidad en asuntos de salud

ya que se consideran actos personalísimos. Sin embargo, debido a la necesaria implicación de la familia en algunos tratamientos, se deberá negociar con el menor que sea él, o el terapeuta en su presencia, quien informe a los padres sobre el diagnóstico y evolución de su problema. Está generalmente asumido que él o la terapeuta puede faltar a la confidencialidad, en aras de un bien de mayor rango como es la vida humana.

El respeto a la confidencialidad, desde el punto de vista ético, puede extenderse a otros ámbitos del espacio socio sanitario, como los recursos sociales, tanto residenciales como comunitarios. Todas aquellas personas que por su condición de trabajadoras tengan conocimiento de datos personales o relacionados con la vida de las personas a las que atienden deben guardar la confidencialidad de los mismos.

La intimidad

Es también derecho del paciente, que no se le indague más de lo estrictamente necesario durante la entrevista clínica, este derecho también impide la publicación del material aportado por el paciente en obras científicas ó de cualquier otro tipo, así como tampoco es permitida la difusión de imágenes, fotografías, videos u otros datos que permitan la identificación del paciente, si éste no ha dado su consentimiento expreso para ello.

El consentimiento informado

El paciente tiene derecho a que se le explique en términos comprensibles, a él y a sus familiares ó allegados la información completa sobre su proceso, incluyendo su diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, para que él desde su autonomía decida cuál procedimiento desea ó dé su aprobación al sugerido por el psicólogo, con la reserva de que el paciente esté incapacitado para la toma de decisiones.

Estos dilemas que se pueden presentar en la práctica clínica, permiten observar la importancia de que el paciente se sienta ante la acción del psicólogo en un clima de confianza, libre de amenazas, tal como lo establece Rogers en la psicoterapia centrada en la persona, sólo cuando el paciente siente que no se le dañará de ningún modo, que el dolor causado por el proceso de terapia no es inducido, sino su propio dolor, cuando puede confiar en el terapeuta, es cuando establece con él un vínculo de confianza donde poco a poco podrá ir viéndose a él mismo a través de la actitud de aceptación del terapeuta, para Rogers y muchos grandes antes que él, la confianza y el vínculo es lo que cura, el contacto respetuoso con el ser humano que es el otro, la ética desde los principios teóricos y filosóficos de la misma psicología.

Aspectos bioéticos en la enfermedad de Alzheimer

Los aspectos bioéticos aplicados en la enfermedad de Alzheimer, presenta un panorama un poco más alentador que en el resto de las enfermedades degenerativas, ya que esta a diferencia de otras como el cáncer, que en la mayoría de los casos su detección es en etapas avanzadas y hay un súbito decremento de la salud. En la enfermedad de Alzheimer, sin embargo, la enfermedad “avisa”, ya que su inicio va dándose de manera gradual, por lo que es posible informar al paciente de su estado y la evolución de la enfermedad, y ayudar mediante un proceso psicológico, a tomar anticipadamente las decisiones acerca del final de su vida.

La única evidencia de una intervención con los aspectos bioéticos incluidos, es una guía que lanzan en España, acerca de esta enfermedad y otras demencias, por lo que Toquero (2004), puntualiza la necesidad urgente de que el médico conozca, no solo los

síntomas que los puedan guiar al diagnóstico, si no que deberían tener en cuenta los principios de la bioética, dando prioridad al respeto hacia las personas y su dignidad ha de estar presente en el proceso asistencial y de forma muy especial hacia aquellas más dependientes, frágiles y vulnerables, como las personas con demencia. En este apartado, el psicólogo, debe colaborar, de la manera que sus responsabilidades clínicas le señalen, para que se otorgue un diagnóstico preciso y pronto al cuadro presentado, esto para preservar el mayor tiempo posible el funcionamiento cognitivo del paciente.

En España el respeto a la autonomía de voluntad de las personas es un derecho consagrado en el ordenamiento jurídico. Lo anterior se debe a que en España la cifra asciende a 800 mil casos registrados en el 2008, de acuerdo con publicaciones de la Fundación Española de Alzheimer. Por lo anterior (Toquero, *et al.*, 2004), se plantea que la evolución progresiva de la enfermedad de Alzheimer desemboca en una situación de dependencia y de incapacidad de la persona afectada, en la que necesitará que intervengan por ella terceras personas. Estos pacientes tienen su capacidad cognitiva muy deteriorada y cada vez va a más. El médico debe prever esta situación y tener un consentimiento informado de las voluntades anticipadas. El personal médico dentro del que se incluye el psicólogo clínico, debe mantener informada a la familia, colaborar con el paciente para la toma de decisiones de acuerdo con una información clara y completa sobre su enfermedad.

Se debe reconocer que no solo atañe a la relación médico-paciente, si no que entran en el panorama y entran en conflicto los derechos, intereses y necesidades de los familiares o cuidadores. Por ello, se cree que es importante, que se dé una la planificación de la futura incapacidad, en la que participe, el paciente y la familia, en las primeras etapas de la enfermedad, lo que les proporcionará

una visión más global del proceso que se encuentra por transcurrir (Toquero, *et al.*, 2004)

De acuerdo con lo anterior, se plantea a continuación algunos aspectos que Pereira y Morfi (2003) proponen como algunos puntos importantes a considerar:

- Realizar las gestiones oportunas para asegurar que a la esposa o esposo y otros miembros de la familia no se les afecte la economía por los costos indirectos que genera la enfermedad.
- El paciente va a disponer, el mayor tiempo posible, de un control adecuado sobre su vida.
- Favorecer que la familia entienda y sobre todo, acepte la enfermedad. La larga evolución, cifrada en años, de la enfermedad hace que en las primeras etapas, el paciente pueda requerir asesoramiento y asistencia prioritaria en decisiones legales del tipo de incapacitación, actitudes terapéuticas y otros, con el fin de darle protección presente y futura. En las fases más avanzadas y terminales puede precisar básicamente, asistencia de tipo testamentaria.

Hay decisiones de la vida diaria, sobre todo de la parte fisiológica, como el hambre, la sed o el sueño que se deben respetar, pues aunque su memoria se ve deteriorada, el paciente está facultado para decidir en cualquiera de los casos anteriormente descritos.

La competencia y decisiones autónomas

Cuando la situación del paciente está muy deteriorada, como ocurre en las fases moderadas y severas y el paciente es claramente incompetente para tomar decisiones acerca de su tratamiento debe buscarse un familiar o persona encargada de su cuidado.

Según las autoras, en estos casos médicos, se pondera la idea de valorar la competencia para otorgar un consentimiento

informado, mediante el establecimiento de un índice riesgo-beneficio. Es más factible presentar en las primeras fases de la enfermedad el panorama de la evolución de la enfermedad, las posibilidades, los tiempos y las necesidades médicas para cada etapa, con ello, el paciente que todavía tiene una adecuada competencia y autonomía, puede tomar decisiones para su vida, así como para la forma como quiere enfrentar su enfermedad y eventualmente su muerte; esto claro, tomando en cuenta a su familia.

Las directrices anticipadas

En el sentido de lo expuesto anteriormente, se pueden disponer los documentos que permiten a los pacientes que son aptos aún para decidir, en donde se haga constar la naturaleza y la clase de procedimientos médicos que desean recibir en el supuesto caso de llegar a ser incompetentes

En México, de acuerdo con un artículo publicado del doctor Robles Almaguer el paciente con enfermedad de Alzheimer tiene como derechos básicos; conocer el diagnóstico y tener una buena atención médica.

Afirma que el código civil es la instancia que protege al adulto mayor discapacitado, y obliga a alguno de sus allegados a brindarle vivienda, comida, cuidados y atención médica. Estos preceptos también han sido recogidos por instancias internacionales, las cuales han realizado una declaración en la que se estipulan los derechos y responsabilidades de la gente de la tercera edad. Según este tratado, “las personas de edad avanzada tienen derecho a recibir apoyo y cuidado de la familia, de acuerdo con la situación de ésta, además de tener derecho a recibir servicios de salud que les ayuden a mantener o volver a adquirir un nivel óptimo de bienestar físico y mental, y a impedir o retrasar las enfermedades”.

De acuerdo con Almaguer, una de las situaciones más comunes es que el pacien-

te sea invalidado legalmente para ceder sus propiedades mediante un testamento u otro tipo de acuerdo, lo que sucede en el momento que se establece el diagnóstico. Este ordenamiento puede ser discutible, pero el espíritu de la ley busca la protección del individuo y establece que debe nombrarse un tutor o albacea que se responsabilice de los bienes del afectado.

El doctor Robles Almaguer establece que otro de los derechos del enfermo debería basarse en la seguridad de contar con medicamentos apropiados para hacer que la progresión de la enfermedad sea más lenta, sobre todo si consideramos que no hay cura posible todavía. Dicha propuesta se encuentra lejos de reflejarse en la realidad, dice el entrevistado: “Aunque en el terreno científico tenemos la expectativa de que en un par de años surjan nuevos fármacos que detengan la muerte de las neuronas, lo que haría que el diagnóstico temprano fuera todavía más relevante de lo que es hoy”.

Aseguran los expertos que una persona que viva esta experiencia debe recibir terapia psicológica que le permita superar la depresión que le causa saber que algo funciona mal en su cerebro. Claro está que cuando la enfermedad se encuentra en una fase avanzada, este apoyo deberá cancelarse porque el sujeto será incapaz de percibir su estado de salud.

Entonces debe entrar a escena la psiquiatría, ya que es muy común que el anciano requiera ayuda de fármacos antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos (para conciliar el sueño) y tranquilizantes, porque es sumamente habitual que tengan una conducta irritable y agresiva. Medicación que en el sentido ético, debe buscar hacer el bien para el paciente, es decir, buscar mejorar su calidad de vida.

En esta misma temática, el doctor Almaguer concluye que la calidad de vida del paciente con enfermedad de Alzheimer en México es mucho mejor que en otros países,

pues aquí es cuidado y protegido por la familia y para el paciente no hay nada mejor que sentirse acompañado y protegido, además de en su entorno.

Por lo que se concluye que la dificultad en el abordaje de esta enfermedad, no es en un solo sentido, para comenzar se tiene en la falta de pruebas y exámenes específicos para determinar el diagnóstico, esto en todo el mundo, pero se acentúan más en México por la falta de estructuras físicas y organizacionales para auxiliar, informar y atender esta enfermedad. A esto se agrega la falta de investigación sobre la enfermedad misma, así como de su incidencia y prevalencia real en la población mexicana, esto representa un problema grave, pues de acuerdo con el principio ético de justicia, es muy probable que los servicios médicos y asistenciales, no estén llegando a todas las personas que lo requieren.

Buscar, en el trabajo con el enfermo de Alzheimer, el bien máximo y mejorar la calidad de vida, en nuestro país es controvertido en muchos sentidos, pues las legislaturas en el sentido de la preservación de la vida a cualquier costo, impiden que el enfermo decida anticipadamente hasta dónde desea soportar el sufrimiento, hasta dónde desea preservar su vida en las condiciones tan precarias en la que el curso de la enfermedad le dejan. Temas como la eutanasia, el suicidio asistido y el negarse a procedimientos médicos para preservar la vida, son temas que se discuten poco en México, pues entran en conflicto los preceptos morales de cada uno de los encargados de hacer las leyes, mientras tanto, miles de pacientes y familiares tienen que sufrir la lenta agonía que representa estar enfermo de Alzheimer.

Por lo anterior se presentan también problemas al querer conjuntar los aspectos bioéticos en dicho tratamiento, por la desinformación y por las costumbres y las leyes que rigen nuestro país.

Conclusiones

Para concluir el tema y hacer patentes las reflexiones éticas plasmadas en el presente trabajo, es importante rescatar de manera breve y concisa, los fundamentos éticos principales al estudiar la demencia tipo Alzheimer, en específico el estudio de quienes la padecen, que en este caso no sólo es el paciente, sino sus cuidadores y allegados.

Se pretende sin duda, rescatar los fundamentos principales que dan nombre a la bioética, en este caso, observándolos desde la perspectiva de la enfermedad.

En primer lugar el principio de autonomía, esto nos obligaría a ver al enfermo como alguien capaz de tomar decisiones, un ser libre de elegir, siempre y hasta que tenga la capacidad para ello.

Enseguida, el principio de no maleficencia, defender siempre que esté en manos del personal asistencial encargado del paciente, de abusos, negligencias y maltratos, derivados tal vez hasta de la deficiente información acerca de su condición; más aún evitar en todo lo posible infligir daño al paciente, se sabe que su enfermedad implica el que los tratamientos pueden ser aversivos ó dolorosos, en este caso el psicólogo tiene la obligación moral de estar bien informado de las mejores alternativas para el paciente y dada esta preparación previa, debe orientar a sus cuidadores sobre las decisiones que recurrentemente van a estar enfrentando en el curso de la enfermedad.

El principio de beneficencia se aplicaría respondiendo a las necesidades del en-

fermo de Alzheimer y a las necesidades de su familia, en el orden emocional, social y espiritual, basado en el hecho de que es una persona y además es una persona que sufre, este sufrimiento es lento, continuo y cada vez mayor; por ello en base a esa comprensión empática, el psicólogo debe ponderar las necesidades que emanan del enfermo y alentar en la familia manera de satisfacerlas.

Principio de justicia, en el sentido de buscar que la atención sanitaria requerida por el paciente, sea en lo posible accesible garantizando los medios para que tenga el cuidado y la atención necesaria.

Todos estos principios basados en los fundamentos éticos de los derechos que todos los seres humanos tenemos, el respeto a la vida y a la dignidad es lo que debe dirigir toda intención y acción profesional y personal del psicólogo respecto a estas personas y sus familiares.

La enfermedad de Alzheimer es incurable y en suma, deteriora todas la facultades para tener una vida normal, es por eso que los principios éticos mandan que cuando no se tiene la posibilidad de curar, se recurre entonces a procurarle una calidad de vida suficiente en el sentido del tratamiento médico, los cuidados, la rehabilitación y su inserción en lo más posible y hasta donde su capacidad le alcance, en sus decisiones de vida y sin olvidar su inserción en la familia y en las sociedad.

Se hace entonces necesario luchar contra el dolor y contra el sufrimiento, evitando en lo posible que éstos se trasformen en una agonía interminable.

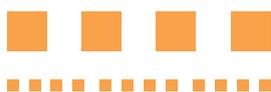
Bibliografía

AGÜERA, OL.; CEVILLA, BJ.; MARTÍN, CM. (2006). "Psiquiatría geriátrica". España: editorial Elsevier.

Aso, EJ. *et al.* (2005). "Demencias, investigación y diagnóstico". España, editorial Elsevier.

- ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA AMERICANA. (2001). "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales". España. Editorial Masson.
- BULBENA, VA.; BERRIOS, GE.; FERNÁNDEZ DE LARRINOVA, P. (2000). "Medición clínica en Psiquiatría y Psicología". España. Editorial Elsevier.
- BUSSENIUS, JC. (2002). "Los senderos de la medicina, la ciencia y la tecnología. Introducción bioética". *Revista Límite*. 9:73-88.
- CUBERO, GP.; ESPINAS, BJ. (2002). "Diagnóstico y tratamiento de las demencias en atención primaria". España. Editorial Elsevier.
- FERIA, M. (2006). "Alzheimer una experiencia humana". México. Editorial Pax.
- GONZÁLEZ, GJ. (2007). "Al enfermo de Alzheimer la ley lo protege". Recuperado el 19 de febrero de 2009 del sitio web: <http://www.saludymedicinas.com.mx/nota.asp?id=2648>
- HERNÁNDEZ-VELA, E. (2005). "La bioética y los derechos y libertades fundamentales del hombre. *Revista mexicana de ciencias políticas y sociales*". XLVII (194): 137-169. <http://alzonline.phhp.ufl.edu/es/biblioteca/LA%20DEMENCIA%20Y%20LA%20ENFERMEDAD%20DE%20ALZHEIMER.pdf>
- http://portal.info-alzheimer.com/modules.php?name=Stories_Archive
- [http://www.comsor.es/word/Rueda%20de%20prensa%2018%20de%20julio%202008%20con%20la%20OMC%20\(2\).doc](http://www.comsor.es/word/Rueda%20de%20prensa%2018%20de%20julio%202008%20con%20la%20OMC%20(2).doc)
- <http://www.conapo.gob.mx/>
- <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/enveje2005/enveje02.pdf>
- <http://www.fundacionalzheimeresp.org/>
- <http://www.med.ufro.cl/Recursos/neurologia/doc/c16.pdf>
- <http://www.mex.ops-oms.org/>
- http://www.novartis.com.mx/10ybrand/NOVARTIS_WEB_2007/Soft_Templates/PRENSA/290508_2.html
- <http://www.universomedico.com.mx/asociaciones/alzheimer.shtml>
- NOGALES GAETE, J.; *et al.* (2005). "Tratado de Neurología". Chile. Editorial Universitaria.
- PARDO, CA. (2005). "La bioética de los filósofos". *Cuadernos de Bioética*, XVI (2005/2^a): 163-174.
- PASTOR, G. (2006). "Calidad de vida en bioética". *Cuadernos de Bioética*. XVII (2006/3^a): 401-409.
- PEREIRA, MM.; MORFI, SR. (2003). "Aspectos bioéticos en la enfermedad de Alzheimer". *Revista cubana de Enfermería*, 19 (1).
- PINTO, FJ.; *et al.* (2007). "La enfermedad de Alzheimer y otras demencias". España. Dirección General de Salud Pública y Alimentación.
- RODRÍGUEZ, VH. (2008). "Bioética, Psicología y Hermenéutica". *Revista Latinoamericana de Bioética*. 1 (8):116-123.
- SALAZAR, GC.; VILLA, RC. (2008) *Evaluación Neuropsicológica e intervención en demencias: la enfermedad de Alzheimer*. España: CAAP-Formación.
- SÁNCHEZ, SF.; *et al.* (2004). "Versión española del *Test* de los 7 minutos". *Revista de Neurología*, 19 (7):344-358.
- STAFF, VV.; *et al.* (2004). "Tests Neuropsicológicos: fundamentos para una Neurología basada en evidencias". España. Editorial Elsevier.
- TOLEDO DE. M.; *et al.* (2004). "Alteraciones del comportamiento en la enfermedad de Alzheimer". *Revista de Neurología*. 38 (10):901-905.
- TOQUERO DE LA TORRE, F.; *et al.* (2004). "Guía de la buena práctica clínica en enfermedad de Alzheimer y otras demencias". España. International Marketing & Communications.
- YANGUAS, JJ.; *et al.* (2007). "Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer". España. Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

La bioética en el manejo de animales de laboratorio



Dr. Tomas FREGOSO AGUILAR

A PARTIR del paso de la vida nómada a la vida sedentaria, con el descubrimiento de la agricultura y la formación de los primeros asentamientos, el hombre prehistórico se dio cuenta de la necesidad de tener a su cargo animales tanto para la obtención de carne, ropa y ayuda en el transporte de materiales, surgiendo de esta manera los principios de la domesticación.

Con el paso de los siglos, algunos de aquellos animales domesticados para su uso en las faenas de la población adquirieron el estatus de guardianes protectores del hombre y sus pertenencias y, con el correr del tiempo, inclusive se convirtieron en “mascotas” de la localidad.

Con el surgimiento de los primeros villorrios, el hombre comenzó a estratificarse social y culturalmente, aparecieron los oficios: cazadores, carpinteros, albañiles, sa-

cerdotes, jardineros, curanderos, etc. Estos últimos, avocados en procurar el bienestar del poblado, se especializaron en artes mágico-curativas, haciendo uso de las plantas y sus derivados de sus alrededores, así como de diversas partes de animales, con la creencia de que así podrían evitar diversas enfermedades (por medio de conjuros y pócimas para ahuyentar a los malos espíritus) o bien, para transmitir las capacidades de las bestias a quienes las tomaran.

Al tratar de conocer el porqué de los procesos biológicos y de sus patologías en la antigüedad se permitió la vivisección de hombres y animales por igual, pues existen registros de que los médicos Persas experimentaban con sujetos condenados a muerte. En la época de Tolomeo se permitía la práctica médica en criminales, llegando al extremo de que Celso, en el siglo II justifico

estas prácticas diciendo que: “No es crueldad infligir sufrimiento a unos cuantos, cuando el beneficio es para muchos”.

Es en la antigua Grecia cuando se da un enfoque más “científico” al tratamiento de las enfermedades con Galeno e Hipócrates, quienes dieron los fundamentos de la medicina moderna, al realizar los primeros estudios sobre algunos padecimientos en humanos. Sin embargo, es hasta la época de Andreas Vesalius, médico nacido en Bélgica en el siglo XVI, cuando imparte clases de medicina haciendo él mismo disecciones de cadáveres de humano y de algunos animales, marcando un cambio en la enseñanza de la medicina. De hecho, en la edad media se obtuvieron grandes conocimientos médicos utilizando animales, pero en muchos casos, considerándolos como meros objetos de uso y desuso; tal y como lo hizo René Descartes, quien afirmaba que los animales tenían carencia de pensamientos y de conciencia, concluyendo por tanto, que no poseían la capacidad para sentir dolor. Por otro lado, algunos notables de ese tiempo, ya comenzaban a pensar en la forma en que se hacían los estudios en seres vivos; como ejemplo se tiene que entre las aportaciones de Leonardo Da Vinci (1452–1519), hizo contribuciones a la anatomía con disecciones en perros y gatos, pero predijo que algún día la experimentación en animales sería juzgada como un crimen. Es en los siglos XVII y XVIII cuando hombres como Graff, Harvey, Malpighi, Aselli y Haller obtuvieron conocimientos fisiológicos e histológicos a partir de la experimentación con animales, en muchos casos, estando conscientes. Sin embargo, Schopenhauer (1788–1860) afirmó en sus ensayos filosóficos que los animales tenían conciencia y podían percibir el dolor. A partir de este momento, comienzan a surgir corrientes de pensamiento que cuestionaron el sufrimiento del animal cambio de la generación de conocimiento; en este sentido, Jeremy Bentham (1748–1832) puso

en claro que la pregunta no era: ¿Pueden razonar?, ¿pueden hablar?, sino más bien: ¿Pueden sufrir?

En la segunda mitad del siglo XIX se fundó la Real Sociedad para la Prevención de la Crueldad hacia los Animales en el Reino Unido y específicamente en 1876, ese país aprobó una ley contra la crueldad hacia los animales.

Ya entrado el siglo XX, los países de habla inglesa siguieron marcando la pauta en cuanto a legislación a favor de la protección animal, pero hay que aclarar que en el curso de las dos guerras mundiales (1914–1918 y 1939–1945) estos temas y sus logros pasaron a segundo término. En los años de 1960 aparecieron los movimientos en pro de los derechos de las minorías oprimidas que, usando los mismos argumentos hacia los animales, derivaron en los famosos movimientos de liberación animal. Alcanzando su clímax con el filósofo Australiano Peter Singer (nacido en 1946), quien escribió en 1975 su obra *Animal Liberation*. Singer propuso una ética que, partiendo del hombre, se dirigiera también hacia el resto de los animales. Atacó lo que él llamaba “especismo” o creencia de la superioridad de una especie (el hombre) sobre las demás. Unos cuantos años más tarde, en varias partes del mundo surgió la idea de “los derechos de los animales” cuando en 1978 se proclamó la Declaración Universal de los Derechos de los Animales por parte de la UNESCO y la ONU, afirmando entre otras cosas que los animales tienen derecho a:

- Vivir sin hambre y sin sed.
- Vivir cómodamente.
- Vivir sin sufrimiento y enfermedades.
- Expresar un comportamiento normal.
- Vivir sin miedo y angustia.

De la reseña histórica anterior podría inferirse que actualmente existe toda una serie de lineamientos sobre la ética en el ma-

nejo de animales de laboratorio y, aunque la hay, estos no necesariamente son seguidos en todos los países donde se hace investigación o se enseñan asignaturas relacionadas con las áreas biomédicas. Es decir, en muchos lugares todavía se enseña o se investiga utilizando animales sin tomar medidas adecuadas (humanitarias) para su mantenimiento, manejo y sacrificio. Hablar de una ética en el manejo de especies de laboratorio es una utopía en muchos países en vías de desarrollo. Aunque en varios de ellos se trata de seguir las directrices internacionales para la experimentación con los animales, puede afirmarse que existe un retraso de muchas décadas con respecto a los países desarrollados.

Se entiende por animal de laboratorio como cualquier especie animal utilizada en experimentación con fines científicos, y en este sentido estos animales pueden utilizarse como:

1. Materia prima, para ser expuesto a variables experimentales, esperando algún resultado.
2. Reactivo biológico, al animal se le considera un sustrato biológico que puede someterse a un tratamiento para observar el producto de esta reacción, siendo capaz de generar una respuesta confiable, reproducible y comparable.
3. Modelo biológico, al extrapolar los resultados de una especie a otra, generalmente el humano, con la finalidad de mejorar los tratamientos ya existentes.

Por otra parte también se debe hacer una definición de lo que es la experimentación animal. Según Mrad-De-Osorio y Rosenkranz (1990) y Tobón-Marulanda (1998), este concepto se refiere a todo procedimiento experimental que cause una alteración al estado de bienestar del animal, pudiendo generarle dolor, sufrimiento angustia o malestar. Siempre con el objetivo de evidenciar o aclarar fenómenos biológi-

cos en esa especie, sean o no extrapolables al humano. Los diseños más complejos son de tipo clínico; aunque aclaran que no existe un modelo perfecto extrapolable al hombre.

Como el lector comprenderá, los conceptos anteriormente mencionados establecen algunos criterios al considerar el manejo de animales de laboratorio, pero no clasifican a éstos considerando los aspectos éticos del uso de especies en el laboratorio. Por esta razón, en muchos casos los aspectos éticos de inclusión de un animal en un experimento quedan a juicio exclusivo del experimentador que diseña el tratamiento pues, o bien tiene que obtener resultados en el corto o mediano plazo para extrapolarlos a los diferentes tratamientos en humanos o, en el menor de los casos, la prontitud en la obtención de resultados sirve al investigador para publicar su investigación en alguna revista científica, lo que redituará en “puntos” para el currículum o la consecución de becas. Esto lleva a dejar de lado, los aspectos éticos al momento de diseñar un experimento, a lo que se suma el que en países como México, en muchas de las instituciones donde se hace investigación, apenas hace unos cuantos años se ha comenzado a integrar comités de bioética que evalúen y vigilen que los animales sean tratados conforme a las disposiciones éticas internacionales. Por otro lado, también surgen problemas cuando al momento de someter un artículo para su publicación en una revista científica, el autor del mismo proviene de un país donde existen diferentes lineamientos de legislación de la ética o que no se siguen al pie de la letra o peor aún, en varios países existen infinidad de leyes que tratan de regular los aspectos éticos del manejo animal y el autor (y los editores) debe decidir a cual seguir para escribir su artículo. Baste como ejemplo que tan solo en Estados Unidos, en el año 2004 se propusieron 2100 leyes concernientes al bienestar animal. Sin embargo en cierta forma esto se trató de resolver en 2006 cuando

el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (*International Committee of Medical Journal Editors*) recomendó que al reportar experimentos en animales, se le pidiera al autor que indicara si había seguido los lineamientos institucionales y nacionales sobre uso y cuidado de animales de laboratorio.

En 1959, Russell y Burch marcaron un hito en la ética en el manejo de animales de laboratorio cuando publicaron su libro *The Principles of Humane Experimental Technique*, que con el paso del tiempo se ha vuelto una especie de referente al momento de manipular animales. La esencia de esta propuesta se reduce a las famosas tres R's de Russell:

- **REEMPLAZO.** De animales conscientes por animales no conscientes o por materiales no sensibles. Para esto se debería considerar el uso de sistemas *in vitro*, ayudas audiovisuales, animales muertos, material de mataderos, uso de invertebrados, material humano, voluntarios humanos o técnicas más modernas.
- **REDUCCIÓN.** Del número de animales sin disminución de la precisión. Para esto se debería considerar el uso de colonias genéticamente homogéneas sin influencias ambientales, el modelo animal seleccionado, la calidad sanitaria, genética y ambiental, criopreservación, metodología bioestadística avanzada, banco de datos (publicación de resultados negativos para no repetir) y el acceso a literatura especializada).
- **REFINANCIAMIENTO.** De las técnicas para reducir el dolor y el malestar. Considerando el cuidado y bienestar del animal, destreza y capacitación del personal de laboratorio, perfeccionamiento de métodos para detectar dolor, uso de anestésicos, analgésicos y tranquilizantes, uso de técnicas no invasivas o telemétricas, uso de radiografías (tomografías) para detectar tumores o

deterioro orgánico y aplicación de eutanasia anticipada.

Si se analiza detenidamente el sentido de estas tres R's, se podrá notar que puede dar lugar a un considerable debate en cuanto a los tres criterios mencionados pues, para algunos investigadores (docentes) o instituciones, la interpretación de estas pautas pudiera depender de cuestiones que incluyen desde la moral propia de cada individuo, los recursos con se cuenta para hacer cumplir las tres R's, hasta el encarecimiento para la implementación de técnicas que pudieran reemplazar al animal *in vivo*.

Al respecto, Hobson-West (2009) comenta que las tres R's pudieran tener varias interpretaciones, incluidas la visión de 'animal científico' y 'animal político' y por tanto, dice que aun quedaría por establecer si las tres R's representan los que los filósofos denominan "consenso moral" o por lo menos podrían tener un consenso público. Así mismo, también afirma que la aparente falta de claridad de las tres R's para ser clasificada de forma fácil, explica parcialmente por que este concepto ha permanecido vigente 50 años después de su publicación.

A pesar de estos aparentes obstáculos, debe quedar claro que, primero individualmente, luego institucionalmente y por último a nivel nacional, se puede llegar a reunir acuerdos que legislen y delimiten la ética (bioética) en el uso de animales, siguiendo los lineamientos legales ya establecidos (aunque sean pocos y todavía perfectibles) y tratando de cumplir con la mayoría de las propuestas sugeridas por las tres R's y por las diferentes normas legales emitidas para el caso. En algunas instancias, se han tratado de solventar algunas de las sugerencias de las tres R's argumentando que las especificaciones exigidas representarían un considerable costo para la institución y que el presupuesto para los experimentos aumentaría considerablemente; llegando incluso a

utilizar perros y gatos callejeros. Esto último por supuesto, a la larga podría representar un gasto adicional al momento de diseñar un experimento y generar los respectivos resultados pues, al no conocer el estado previo de salud e integridad metabólica de estos animales, se correría el riesgo de que muchos de ellos murieran en el transcurso de la manipulación experimental o bien que se obtuvieran resultados válidos o uniformes debido a la variabilidad individual (heterogeneidad) de los animales empleados. Por tanto, forzosamente se tendría que regresar hacia un planteamiento parecido al que proponen las tres R's.

Con respecto a México, en las últimas dos décadas se han venido promulgando leyes o normas que regulen la manipulación animal tomando en consideración el aspecto ético. Por ejemplo: el 28 de junio de 2001, la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación, publicó en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana NOM-062-ZOO-1999: "Especificaciones técnicas para la producción, Cuidado y Uso de los Animales de Laboratorio", la cual entre otras cosas especifica: "Que es función de la SAGARPA fomentar la producción, el cuidado y uso de animales de laboratorio mediante la aplicación de técnicas tendientes a garantizar la producción, proteger la salud y favorecer el buen uso de los animales de laboratorio. Que en la actualidad la falta de planeación en la producción de animales de laboratorio, la carencia de criterios uniformes relacionados con las actividades encaminadas al cuidado, manejo y utilización de animales con fines de investigación científica, desarrollo tecnológico e innovación, pruebas de laboratorio y enseñanza, han provocado que el cuidado, el trato y la aplicación de técnicas experimentales practicadas en estos animales, sea ejercido en forma inadecuada, representando graves daños en el bienestar de los mismos. Que para lograr

resultados confiables en la investigación científica, la docencia biomédica y el control de calidad, así como utilizar el menor número de animales posible, es necesario contar con animales de laboratorio en condiciones óptimas. Que cuando se utilizan para fines experimentales procedimientos cuestionables o contrarios a los principios de ética, estos pueden causar graves daños al bienestar de los animales". Para esto, dicha norma propone como uno de sus objetivos: "Establecer y uniformizar las especificaciones técnicas para la producción, cuidado y uso de los animales de laboratorio".

Estas acciones también se están tratando de implementar en instituciones de educación superior en México, aunque con algunos problemas y discusiones. En algunas ocasiones, los comités de bioética de cada centro educativo podrían considerar que los profesores-investigadores no están haciendo un manejo adecuado de los animales a su cargo, debido al alto número de ellos que utilizan tanto para docencia como para investigación. Pero el investigador, a su vez podría argumentar que, sobre todo en el área biomédica, el uso de muchos animales distribuidos en varios lotes sometidos a diferentes tratamientos, podría garantizar la obtención de resultados estadísticamente confiables y extrapolables al estudio en humano. En este sentido, la discusión surge cuando algunos comités de bioética locales proponen la sustitución total o parcial de animales en este tipo de experimentos (o prácticas de laboratorio para cursos de docencia), argumentado que la tecnología actual ya ofrece herramientas para elaborar modelos de computación para simular e inclusive predecir algunos efectos sobre los organismos cuando se tienen controladas la mayor parte de las variables de un experimento. Ejemplo de esto es el de algunas escuelas de medicina que han sustituido el uso de animales en las clases de farmacología, patología, neuroanatomía, etc., por mo-

delos de simulación de computadora o con maniqués computarizados y programados para responder a diferentes variables que simulen algunos trastornos metabólicos, psicológicos, etc. Sin embargo, estos métodos de enseñanza-investigación, tal vez pudieran tener la desventaja de que no enfrentan al estudiante (futuro investigador) con situaciones reales en donde no basta tener los conocimientos teóricos sobre los tipos de respuesta que tendrán un hombre o un animal al someterlo a una manipulación experimental específica; es decir tal vez se ganara en cuestión de no hacer sufrir inútilmente a los animales, pero el estudiante perdería capacidad de reacción y toma de decisiones cuando maneje casos reales en humanos. No obstante, hay que destacar que a pesar de estos problemas ético-filosóficos, muchas universidades del país están haciendo enormes esfuerzos para crear sus propios comités de bioética, que funcionen de acuerdo con las normas nacionales e internacionales, sin quitar el aspecto de entrenamiento que da la manipulación experimental de los animales. Como muestra de lo anterior, se pueden citar instituciones como la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (2010), que ha publicado un *Manual para el manejo de animales con fines de experimentación y enseñanza* y que en su introducción se comenta que: “Cuando no se cuente con herramientas alternativas al uso de animales y se requiera de su utilización, los procedimientos que se realicen deberán cumplir con un justificado propósito científico y de enseñanza, poseer una expectativa razonable en cuanto a incrementar el conocimiento sobre los diferentes procesos biológicos y proveer la habilidad necesaria para el manejo adecuado de técnicas. Es necesario tomar en cuenta que esta técnica solo se justifica en la ciencia cuando ese conocimiento sea en beneficio de la humanidad o de los animales”. Este manual termina argumentando que: “Es obligación de quien manipula animales con fines de

estudio, procurar darles un trato y cuidado apropiado y digno, desde los procedimientos de captura y durante su mantenimiento en condiciones de cautiverio previo al manejo en el laboratorio”.

Un ejemplo más está representado por la Escuela Nacional de Ciencias Biológicas (ENCB) del Instituto Politécnico Nacional, cuyo comité de bioética establecido recientemente en 2008, ha emitido un reglamento que se revisa periódicamente de acuerdo con los cambios en los aspectos científicos y sociales que van ocurriendo en el país. Este comité la logrado que muchos investigadores lo consulten en cuanto a los procedimientos éticos para realizar experimentación aplicada a las ciencias médico biológicas, e inclusive en el aspecto de la docencia, ha conseguido que los manuales de prácticas de materias como fisiología humana, fisiología general, farmacología de sistemas, incluyan instrucciones para el manejo de animales, su sacrificio de acuerdo con las normas correspondientes o que, en el caso de experiencias donde participen humanos (los alumnos), se llené un formulario firmado por sus padres o tutores legales, en donde se especifica el tipo de experimento al que se va a someter el individuo. En el reglamento citado, el comité de bioética de la ENCB se plantea como objetivo principal el de: “Establecer y hacer valer los principios éticos fundamentales en la experimentación con seres humanos, y asegurar que el uso de animales de laboratorio se haga minimizando el nivel de sufrimiento del animal. Se deberá mantener un equilibrio entre la institución –docente/ investigador- usuario para el desarrollo del conocimiento médico, biológico y tecnológico buscando el beneficio y protección de la sociedad y del mismo sujeto de estudio para que las metas puedan ser alcanzadas. La funcionalidad y autoridad de dicho comité se desarrollará durante todo el tiempo y etapas que comprendan al proceso experimental a fin de que la normatividad y las reglas esta-

blecidas sean cumplidas y respetadas bajo el marco legal y jurídico que lo regirán”.

Por supuesto, no hay que dejar de lado los esfuerzos de la Universidad Nacional Autónoma de México, la cual, tiene comités de bioética que buscan cumplir los mismos principios de optimización del uso de animales y evitación de sufrimiento sin sentido. Como muestra de lo anterior, se puede mencionar la publicación de la Facultad de Medicina (Coordinación de investigación, comisión de ética) titulada *Consideraciones éticas para el caso de utilización de animales de experimentación en los proyectos de investigación*, en donde se detallan las especificaciones que deben cubrir las instalaciones para albergar animales, el equipamiento para alojamiento de animales, aspectos de alimentación y provisión de agua, así como técnicas experimentales que incluyen anal-

gesia, anestesia y eutanasia, todo esto conforme a la norma NOM-062-ZOO-1999.

Después de lo apuntado hasta aquí, se hace evidente y obvio que, aunque se han logrado muchos avances en la ética hacia el manejo de animales de experimentación, todavía hay que lograr acuerdos con bases legales, de procedimiento, moral y éticos que permitan realizar una experimentación apegada al respeto por las especies usadas en la experimentación y que al mismo tiempo arrojen resultados confiables para justificar su implementación en el ámbito de la ciencia (y la enseñanza). Es tarea de todos los que nos dedicamos al quehacer científico, estar al tanto de las disposiciones que seguramente en el futuro surgirán en cuanto al manejo de animales y del hombre mismo, siempre en la constante búsqueda del conocimiento.

Bibliografía

- CLUTTON, RE. (2009). “Clinical studies, pain and ethics”. *J. Small Anim. Pract.* 50:59–60.
- DE ALUJA, AS. (2002). “Animales de laboratorio y la Norma Oficial Mexicana (NOM-062-ZOO-1999)”. *Gac. Méd. Méx.* 138(3):295–298.
- DOLAN, K. (1999). “Ethics, animals and science”. Blackwell Science Ltd, London, p.210.
- ESCUELA NACIONAL DE CIENCIAS BIOLÓGICAS. (2008). “Reglamento del comité de bioética”. IPN, p.15.
- FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNAM. (2007). “Consideraciones éticas para el caso de utilización de animales de experimentación en los proyectos de investigación”. *Comisión de ética de la Fac. de Medicina*, UNAM, p.3.
- FALCONI, E.; GARCÍA, ML.; MARÍN, RO.; PADRÓN, LRM.; RIVAS, AMG.; VÁRGAS, SG. (2010). “Manual para el manejo de animales con fines de experimentación y enseñanza”. México, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica de Ciencias Biológicas. p.14.
- HOBSON-WEST, P. (2009). “What kind of animal is the ‘three Rs?’”. *ATLA.* 37(Suppl. 2):95–99.
- MRAD-DE-OSORIO, A. (2006). “Ética en la investigación con modelos animales experimentales. Alternativas y las 3 RS de Russel. Una responsabilidad y un compromiso ético que nos compete a todos” *Rev. Colombiana Bioet.* 1(1):163–183.
- MRAD-DE-OSORIO, A.; ROSENKRANZ, A. (1990). “Guía para el uso de animales de laboratorio, parte I”. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia, p.147.
- PÉREZ-GARCÍA, CC.; DIEZ-PRIETO, MI.; GARCÍA-PARTIDA, P. (1999). “Introducción a la experimentación y protección

- animal”. Universidad de León, León, España. p.150.
- ROLLIN, BE. (2009). “Ethics and eutanasia”. *CVJ*, 50:1081–1086.
- RUSSELL, WMS.; BURCH, RL. (1959). “The principles of humane experimental technique”. London, UK: Methuen, 238 p. [Special edition published in 1992 by Universities Federation for Animal Welfare, Potters Bar, Herts., UK].
- SECHZER, JA. (1983). “The role of the animals in biomedical research”. *Ann. New York Acad. Sci, New York*. 406:1–229.
- TOBÓN-MARULANDA, FA. (1998). “Principios básicos de la farmacología experimental”. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. p.223.
- VAN ZUPTHEN, LF; VAN DER VALK. (2001). “Developments on the implementation of the three Rs in research and education”. *Toxicol. in vitro*. 15(4-5):591–595.
- ZÚÑIGA, JM.; TUR, JA.; MILOCCO, SN.; PIÑEIRO, R. (2001). “Ciencia y tecnología en protección y experimentación animal”. McGraw-Hill. 2001. Madrid, España. p.129.

Sección III

Dilemas éticos





Introducción Sección III



*Nada compromete tanto nuestra
capacidad de razonar,
ni pone en juego la inteligencia práctica
de manera tan apremiante,
que la solución de un dilema moral.*

Patricia Montelongo

MSP Luis Enrique Díaz Pérez



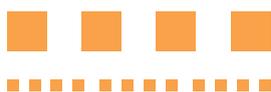
¿QUÉ SON LOS DILEMAS? Son situaciones problemáticas que pueden resolverse mediante dos soluciones, ninguna de las cuales es completamente aceptable; más próximo a nosotros, un dilema genera cierta duda entre lo que profesionalmente, debe hacer y lo que moralmente como persona sienta que deba hacer, mostrando así una discrepancia de pensamiento, es obvio que en los dilemas no existen soluciones con las que puedan estar de acuerdo todos los interesados.

El tránsito desde una ética prescriptiva, normativa o teórica a una ética aplicada y consecuentemente viva, lleva consigo inexorablemente, el encuentro con dilemas.

Todos podemos erigirnos a favor de la verdad, de la honestidad y de todos los valores del horizonte axiológico, pero sólo es en el ejercicio de la vida misma, cuando podemos demostrar que tanto estamos dispuestos a cumplirlos. La honradez no existe cuando un “hombre intachable” dicta una conferencia sobre ella, sino cuando una persona común pudiendo tomar algo que no le pertenece, decide, por sus principios, no hacerlo.

La ética a la que aspiramos, no es una serie de principios que regulen más bien, principios que inspiren el comportamiento, por ello la inclusión de esta sección en la que se describen dilemas éticos en distintas áreas de las ciencias de la salud.

Dilemas éticos en la odontología



CD Arturo ASCENCIO VILLAGRÁN

¿QUÉ ES la ética?

La ética se ha definido como la “disciplina filosófica que estudia el bien y el mal y sus relaciones con la moral”.

La odontología se encuentra bajo presión por cuestiones morales y sociales que han alcanzado a la profesión y han afectado de manera considerable su práctica diaria.

Los dentistas deben de tomar en cuenta todo lo relacionado con el consentimiento informado en especial en lo que se refiere con la anestesia y la aplicación de los rayos X, tanto en relación a la salud del paciente como en la elaboración de un claro presupuesto antes de iniciar un tratamiento. El consentimiento informado ha tenido mayor interés debido al incremento en el número de pacientes que han iniciado acciones legales, debido a las sentencias que se han dictado en base a la ausencia de un consentimiento informado.

Dentro de algunos dilemas éticos podemos mencionar:

- ¿Puede el cirujano dentista recomendar un tratamiento estético al paciente si éste no ha manifestado disgusto por su apariencia?
- ¿Tiene el cirujano dentista la obligación de decir al paciente que el tratamiento que le realizaron con anterioridad está mal elaborado?
- ¿El odontólogo en su competencia desleal debe ofrecer tratamientos con honorarios reducidos con el afán de captar mayor número de pacientes?
- ¿Los odontólogos que se han especializado deberían de ofrecer tratamientos que han dejado de practicar, con el fin de que el paciente permanezca en su consulta y como consecuencia el incremento de sus honorarios?

- ¿El cirujano dentista se debe de anunciar o hacerse publicidad con títulos que no tiene?
- ¿El cirujano dentista se debe de anunciar o hacerse publicidad con tratamientos o equipo que no tiene?
- ¿Debe el profesional de la odontología continuar con el tratamiento que le corresponde realizar a su colega referido?

Un dilema ético en la odontología

Se presenta un paciente al consultorio para que se le realizara una obturación estética, previamente se retiró una restauración metálica desajustada. Después de eliminar la caries que se encontraba por debajo de la restauración existente, se decidió remitirla al endodoncista, pues la profundidad de la cavidad era tal que terminaría en una comunicación pulpar. El paciente sabía que se podía presentar esta situación, se le había explicado previamente y por tanto, había firmado el consentimiento informado. El paciente se retiró sin ninguna sintomatología, además de saber que el tratamiento iba a ser modificado por esta situación que se había presentado terminando en una corona.

De regreso del endodoncista el paciente manifestaba dolor, yo le comenté que era normal, ya que después del procedimiento

existe una inflamación del ligamento periodontal, y no se pudo continuar con el tratamiento por las molestias que presentaba. A la siguiente cita el paciente seguía con la misma sintomatología y al hacer una exploración se observa una fractura vertical que separaba las dos raíces del órgano dental.

La paciente al comentarle lo observado en la exploración inmediatamente pensó en el colega endodoncista, imposibilitándome de continuar con el tratamiento debido al dolor, por tanto, solo había un probable responsable.

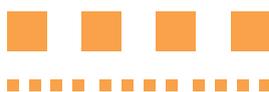
El tratamiento volvió a cambiar, ahora a una extracción del órgano dental. El dilema era decirle o no de la fractura ya que involucraba al odontólogo que había hecho el tratamiento anterior.

Finalmente se le informo y se trato de explicar las posibles causas de la fractura que van desde la no protección con una corona provisional durante la mordida de alimentos extremadamente duros (indicaciones que ya se le habían dado), la palanca hecha al retirar la curación, hasta la manipulación realizada durante el procedimiento de la endodoncia.

El paciente aceptó el nuevo tratamiento sin ninguna objeción, quedando en el aire cual fue la causa probable del fracaso del tratamiento.

Finalmente el diente perdido fue reemplazado por un artificial, que devolvió función y estética.

Dilemas éticos en la actividad pericial



M en C Ana María TÉLLEZ LÓPEZ

CADA INDIVIDUO es protagonista de su propia vida y debe tomar decisiones y adoptar comportamientos tomando en cuenta un conjunto de ideas, valores y criterios, la ética pretende esclarecer filosóficamente la esencia de la vida moral, con el propósito de formular normas y criterios de juicio que puedan orientar a un comportamiento libre de la persona y, por ende, a una conducta responsable.

Los avances tecnológicos que han tenido lugar en las últimas décadas han venido acompañados de situaciones de corrupción, enriquecimiento ilícito, falta de responsabilidad, compromiso, un interés por los aspectos individuales más que los de grupo,

por lo que se han abierto temas diversos sobre ética, especialmente la referente a la profesión la cual debe tener una marcada vocación de servicio, es el aporte personal más decisivo a la vida social. Si no se tiene como fin contribuir al bien común, fácilmente se verá en esa tarea un medio de autoafirmación personal, desvinculado de las necesidades de los demás corriendo el riesgo de acabar colocando el trabajo al servicio del propio egoísmo.

El trabajo y la profesión son acciones humanas, y por tanto, tienen una dimensión subjetiva que consiste en el dominio del hombre sobre si mismo, es decir, la perfección que él adquiere en el propio

acto de trabajar. Las dos dimensiones de trabajo son la técnica y la ética, mediante la primera el hombre domina la naturaleza y con la segunda, alcanza el señorío sobre si mismo.

Un profesional ha de poseer calidad técnica y calidad humana: no hay verdadera excelencia profesional en alguien carente de virtudes morales. Una persona corrompida puede ser “experta” en ciertos temas, hábil en una técnica, pero puede no ser un auténtico profesional, de él se espera no sólo competencia técnica, sino también confianza y responsabilidad, con espíritu de servicio y calidad humana; en resumen, se le reclaman valores éticos.

El ejercicio de ciertas profesiones, especialmente aquellas de carácter o servicio público, como es el caso de la ciencias forenses obliga necesariamente a los peritos a observar un comportamiento ético en el desempeño de sus funciones, respetando un conjunto de valores o principios morales, regulados en ciertos aspectos por las leyes, por reglamentos o a través de códigos de ética profesional, que incluyen un conjunto de valores los principios morales, obligaciones, deberes, prohibiciones y sanciones para determinadas actuaciones irregulares.

Es de gran importancia el compromiso y la actitud de servicio para que los peritos desempeñen su función, pues existen condiciones en la actualidad que han fomentado la corrupción, la deshonestidad y el desinterés; la única forma de evitar el desuso de los valores es queriendo conocer y entender las necesidades de la sociedad en la que vivimos.

Se puede decir que la criminalística tiene diferentes principios y diferentes fines, entre estos últimos se puede diferenciar uno mediato y uno inmediato. El fin mediato, mismo cual es el más importante socialmente, consiste en darle a la autoridad

competente los datos técnicos jurídicos y científicos para el ejercicio de la acción, y el fin inmediato es la determinación de la existencia de un hechos delictuoso, su reconstrucción y la investigación de quiénes en un momento dado participaron.

La criminalística comienza con el sentido humano respecto del esclarecimiento de la verdad histórica que sucede en la realidad; para conseguir su objetivo es necesario como toda ciencia relacionada con aspectos sociales que tenga criterios éticos, es decir, no es solo una ciencia “fría” sino es una ciencia que estudia la manera exógena del actuar del victimario, y misma que utiliza métodos naturales y científicos que se utilizan en otras ciencias como la química, la biología, la medicina, etc., con el objeto principal de ser un auxiliar y de ser el perito quien lleve a los jueces a tomar decisiones basadas en técnicas científicas, las cuales mediante la metodología pericial queden completamente determinadas.

Gutheil señala que el perito con actitud ética debe emitir sus dictámenes con la minuciosidad de sus análisis, su adhesión a la honestidad y objetividad, y su resistencia a las diversas presiones de los abogados, evitando cualquier intento, ya sea pasivo o activo, de comprometerse en una tergiversación o falsificación. Es decir, ni por omisión ni por comisión deben participar en una falsificación de las pruebas, ni en intentos partidistas para evitar, negar o subvenir la presentación de las pruebas contrarias a su propia posición.

Por ello se requiere que el perito posea un conocimiento de aspectos legales de los procesos en los que participa y tener la intención de no aceptar instrucciones que puedan hacerle personas interesadas en el procedimiento con el objeto de que estas “interferencias” no les aparten del objetivo de obtener una decisión justa. Los principios que son mayormente vulnerados en

este tipo de periciales se pueden concretar en dos: objetividad e imparcialidad.

Una de las reglas básicas a tener en cuenta en el trabajo forense es la de aportar los datos disponibles de forma objetiva y rigurosa, y de acuerdo con unos principios éticos los juicios y opiniones deben estar fundados en conocimientos, lo cual viene a suponer que se debe realizar la actividad en términos de máxima imparcialidad.

Por lo que, teniendo en cuenta que el trabajo forense se enmarca en un contexto de conflicto social y judicial, su actividad requiere una mayor conciencia ética, y reflexión para identificar y entender situaciones que puedan resultar potencialmente conflictivas, dependientes o que conlleven estrategias de manipulación por parte del cliente u otras personas. Consecuentemente, la actuación profesional del perito debe ser realizada con las debidas garantías éticas y científicas enmarcadas en un código DEONTOLÓGICO, como modo de prevenir y evitar conductas que sobrepasen los límites de las normas de su ejercicio profesional.

El perito es una persona que pone su gran conocimiento y experiencia en una ciencia o arte al servicio de la justicia y debe reunir las cualidades siguientes:

- a) Amplio conocimiento de la ciencia, disciplina o arte que practica, por lo que deberá acreditar su formación y experiencia.
- b) Absoluto respeto los principios de la deontología y ética en su aplicación a la práctica forense.
- c) Resistencia a presiones para no ponerse al servicio del crimen.
- d) Imparcialidad y veracidad en defensa de la verdad y la justicia, constataándolo a quien solicite su intervención.

- e) Capacidad investigativa para defender la verdad pese a la consecuencias que ello pueda acarrearle.

En correlación al último punto, se puede señalar que el perito tiene derecho a poder actuar con independencia y a ser protegido contra cualquier tipo de presión institucional o no; este derecho se debe reclamar con carácter internacional para prevenir que en cualquier lugar del mundo haya peritos que sufran por su honestidad profesional.

La calidad del trabajo del perito es una exigencia ética y profesional que incluye: minuciosidad y aplicación de técnicas adecuadas y completas, objetividad en todo lo que sea posible recolectando los indicios, es conveniente que en lo posible se actúe conforme a manuales de procedimientos actualizados y técnicamente correctos que luego se complementará con lo que sea preciso.

Ahora bien, ¿qué papel juega la ÉTICA en la ciencia criminalística?

La ÉTICA juega el papel principal, el protagonista. La criminalística es una profesión que se presta a muchas cosas deshonestas, por eso, el perito debe ser íntegro, honesto, incorruptible. Existe un refrán que se ha adaptado como *slogan*, porque debe marcar la vida pericial, el refrán dice: “El perito no se vende, el perito se paga”.

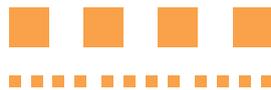
No hay mayor satisfacción para un perito que el de recibir el reconocimiento de las personas para las cuales se realiza un servicio, recibiendo el respeto, la amistad de la gente y la tranquilidad y orgullo de haber aportado con nuestro trabajo a que se haga justicia, sintiendo la tranquilidad cuando se camina, sin miedo a nada.

Por último quiero señalar a aquellos estudiantes interesados en incursionar en el ámbito de las ciencias forense ponerle alma a sus estudios y por sobre todas las cosas: dignidad, conocimiento y capacitación, para poder enaltecerlas.

Bibliografía

- BAR, A. (2003). “La investigación científica y la investigación criminalística”. *Revista Electrónica de Epistemología de Ciencias Sociales*. 16:1-7.
- GUTHEIL, TG.; HILLIARD, JT. (2001). “The Treating Psychiatrist Thrust Into the Role of Expert Witness”. *Psychiatric Services*. 52:1526-1527.
- LEÓN, P. (2000). “La confidencialidad del médico y la información debida a las Compañías Aseguradoras”. *Rev Med Univ Navarra*. 44(1):25-31.
- MONTIEL, J. (2008). “Criminalística”. Ed. Limusa Noriega Editores. Tomo I, México.
- PIGA, A. (2000). “Ética en la pericia médico-legal”. *Med. leg. Costa Rica*. 17(1):7-8.
- SANTILLÁN, MA. (2003). “Ética Profesional”. *Revista de Investigación de la Facultad de Ciencias Administrativas*. 6(12):69-78.

Dilemas éticos en la enfermería



MCE Cecilia SÁNCHEZ MORENO

NIGHTINGALE AFIRMA que enfermería es una de las bellas artes ya que se requiere de una devoción tan exclusiva y de una preparación rigurosa para trabajar con los seres humanos, con su cuerpo vivo, el que se considera el templo de Dios, por eso es la más bella de las artes.

“*El cuidado*” es el objeto de estudio de la enfermería, pero desde un enfoque holístico, situación que engloba cuerpo, mente, espíritu, en un todo integrado, para que el cuidado sea brindado desde esta óptica, es primordial, que la enfermera cuente con conocimientos técnicos, científicos y *éticos*, con la capacidad moral para hacerlo y hacerlo bien o sea hacerlo con calidad, calidez, eficiencia y eficacia.

La práctica de enfermería de manera cotidiana se encuentra con dilemas éticos por el continuo trabajo e interacción con los pacientes, principalmente, además con el trato diario y continuo que se tiene con los compañeros del equipo de salud, con el personal administrativo, y de otros servicios básicos, es cierto que la enfermería es una profesión en la que existe esa situación de ayuda, de solidaridad para los semejantes en cualquier circunstancia, en cualquier etapa de la vida, en momentos de salud o enfermedad, en la etapa aguda o crónica, o en la etapa final de una enfermedad. En el cuidado directo con el paciente o con el familiar los problemas suceden y los dilemas éticos están presentes durante el cuidado de principio a fin.

En la actualidad para evitar la aparición de estos dilemas o con la finalidad de disminuirlos esta muy en boga “la calidad” y “la seguridad” del paciente. Durante las intervenciones que el profesional de enfermería realiza durante el cuidado, la enfermera se encuentra frente a situaciones difíciles y es cuando se presenta lo que se llama “*dilema ético*”. El dilema ético surge cuando la enfermera en base a su juicio crítico tiene que tomar decisiones, referentes al cuidado del paciente que se encuentra hospitalizado en cualquiera de los servicios de una institución de salud, pero este dilema se torna difícil, en cuanto aparecen una serie de factores que intervienen en tan difícil situación como: la gravedad, la edad, el género del paciente, la formación o el estado cultural, las creencias y las costumbres, la ausencia de los familiares, el estado de inconsciencia del paciente y que en situaciones difíciles ponen en apuros a la enfermera quien en estas circunstancias tiene frente a ella este dilema ético del cuidado.

Los principios básicos de la ética como la autonomía, el de la no maleficencia, beneficencia y el de justicia, constituyen el pilar donde asienta la ética de los cuidados de enfermería, sin exclusiones o preponderancias limitadas al medio asistencial, lo que viene a significar que en el ámbito de las urgencias/emergencias la toma de decisiones puede ser crucial para el paciente, estas decisiones deben ser específicas en cada caso, la consecución de estas son el resultados de la rapidez con que se toma la decisión o el criterio para identificar los cuidados idóneos y de esta forma evitar complicaciones graves que pueden llevar al paciente inclusive a perder la vida.

La toma de decisiones durante la atención de enfermería esta inmersa en todas y cada una de las acciones en las que la enfermera participa de manera directa, continua y profesional y que son la valoración del riesgo-beneficio, la interacción y

la comunicación acertada con el equipo de salud, la presencia y/o ausencia del familiar, el nivel de conciencia del paciente, la aceptación o rechazo del tratamiento por parte del paciente o aun más de parte del familiar que a veces por falta de conocimiento o por problemas de economía, no toman la mejor de las decisiones en cuanto al tratamiento del paciente y más aun en situaciones urgencias donde no cabe la posibilidad de esperar mucho tiempo para la toma de decisiones tanto por parte del paciente, la familia o del mismo equipo de salud, es aquí en donde la reflexión viene precedida del factor tiempo, a veces de la incapacidad de evaluar la situación y del compromiso vital que puede llegar a la posibilidad de muerte.

El profesional de enfermería debe poner en práctica lo aprendido durante su formación en lo referente a las experiencias adquiridas de las vivencias obtenidas durante su práctica diaria. En ética se enseña que las acciones que las enfermeras realizan en su actividad profesional tienen siempre un aspecto ético relacionado directamente con el cuidado, no olvidando que los elementos del cuidado independiente e interdependiente están formados por valores, acordados en la relación enfermera paciente y en la interacción con los integrantes del equipo de salud y que en momentos claves del cuidado el profesional de enfermería, se realizan las intervención con una habilidad concreta, pero que es el conjunto de intervenciones lo que la lleva a conformar el proceso de la toma de decisiones en cuanto a, la elección del cuidado valorando de manera lógica y razonada si es el mejor cuidado para ese paciente y en esa circunstancia.

Un factor importante es la aplicación del proceso atención de enfermería en sus etapas de valoración, diagnóstico, planeación ejecución y evaluación, lo que de manera organizada la llevara a delimitar el problema mediante la realización de una va-

loración integral de la salud, esta valoración desde el punto de vista, físico, psicológico, social, cultural y espiritual bajo la perspectiva del código de ética e identificando cual debe ser la actuación correcta, delimitando la forma objetiva de la dimensión real del problema, la identificación de las posibles opciones a la toma de decisiones tomando en cuenta la información objetiva, veraz y completa que la enfermera obtiene y a la resolución del problema sin olvidar la opinión del paciente y de su familia así como los resultados, la interacción con el equipo de salud para finalmente resolver de manera positiva el problema que en cierto momento mantuvo a la enfermera en lo que se llama, dilema ético.

En un dilema ético no se trata de elegir entre lo correcto y lo incorrecto sino de elegir entre dos cosas correctas pero con distinta perspectiva y la decisión es de carácter moral, es decir se trata de que libremente se elija la mejor opción en beneficio del paciente y que la consecuencia de los actos del profesional de enfermería generen el máximo de bienestar en el paciente, una enfermera debe tener la capacidad de reconocer con rapidez, el dilema, analizar, argumentar y actuar en consecuencia y desde este sentido se debe valorar el actuar siempre teniendo en cuenta el meta paradigma enfermera que incluye conceptos como paciente, entorno, bienestar y enfermería o sea la persona, el tiempo, modo y el lugar.

Cuando el profesional de enfermería realiza cada una de las acciones de manera consciente y razonada siempre en base al proceso atención de enfermería todo marcha de maravilla y se dice que el cuidado de enfermería es de calidad, el paciente queda completamente satisfecho en cuanto el tratamiento, el cuidado pero sobre todo porque recibió durante su estancia un tratado digno (uno de los indicadores de calidad en el cuidado) es decir los cuidados y los tratamientos tuvieron el éxito esperado.

Es importante tener en cuenta que el cuidado de enfermería de calidad es la primera barrera de seguridad en los pacientes, pero también no se debe olvidar que todas las actividades durante el proceso de atención tiene un riesgo que depende de muchos factores ajenos a la práctica de enfermería como por ejemplo resultados de las tecnologías, los sistemas hospitalarios y de la interacción del equipo de salud como es el caso de las infecciones, las caídas de los pacientes, los errores en la medicación, el cuidado de las úlceras por presión, en los que de manera directa e indirecta participa la enfermera.

Existen otros efectos adversos que pueden ser directos, como son los problemas de comunicación entre el paciente y los integrantes del equipo de salud, la falta de habilidades y destrezas de los profesionales de la salud, la deshumanización, el exceso de confianza, la falta de experiencia en determinado procedimiento y de manera indirecta la saturación de los servicios de salud, la falta de fármacos, la disminución de los recursos materiales y humano, situaciones que ponen a la enfermera frente a un dilema ético.

Por lo que a enfermería se refiere los dilemas se presentan desde el momento en que las instituciones de salud no alcanzan a cubrir la plantilla de personal de enfermería, son:

- La falta de recursos humanos en enfermería, tiene como consecuencia que no se respete el índice enfermera-paciente y haya una sobrecarga de pacientes bajo su responsabilidad, lo que repercute en que ella debe priorizar los cuidados dejando de lado algunos que aparentan no ser importantes pero si indispensables y que el retardo en la ejecución de ellos, provoca la disminución de la calidad de la atención, situación que pone a la enfermera en el dilema ético porque ella detecta que hay una tardan-

za en la ejecución de los cuidados y la terapéutica, o puede haber omisión en la terapéutica así como la no detección de sintomatología de posible complicación, que de identificarla a tiempo, sería benéfico para el paciente.

- Jornadas de trabajo extenuantes. La responsabilidad de cumplir con más horas de trabajo conforme a lo que marca la ley lo que trae consigo cansancio físico situación que puede ocasionar errores, se fundamenta que el profesional de enfermería solo debe cumplir jornadas de 8 horas con un máximo de 12 y no más y semanalmente no rebasar las 40 horas.
- Falta de capacitación. La falta de conocimientos y habilidades para la realización de algunas intervenciones requiere de preparación técnica y científica, el delegar la función a quien no tiene la preparación trae como consecuencia que pueda surgir un evento adverso 100% prevenible, en este sentido se deben valorar los conocimientos, habilidades, destrezas y aptitudes del profesional y a ellos delegarles dichas intervenciones.

El profesional de enfermería debe estar enterado sobre la reglamentación en el cuidado y saber perfectamente que la enfermera debe responder por el cuidado directo de enfermería, cuando la relación del número de pacientes sea acorde a los parámetros establecidos de acuerdo con la complejidad del cuidado y de la responsabilidad ética y legal que esto implica, la calidad de la atención de enfermería se garantiza la calidad del cuidado, ya que por lo general los procedimientos que la enfermera realiza tiene relación directa con el uso de equipos como son: monitores, electrocardiógrafos, desfibriladores, ventiladores y que en un momento dado pueden fallar por diferentes motivos, como el no programar el sistema de alarma, el no verificar su estado óptimo

de funcionamiento, el no seguir al pie de la letra las indicaciones de los instructivos o no estar pendiente de la aplicación de las medidas de seguridad, tiene consecuencias graves que en cierto momento pueden ser irreversibles.

Dilema ético más frecuente en enfermería

Se dice en general que “pensar es cuidar” y la administración de medicamentos es una de las prácticas cotidianas de enfermería porque es el profesional que ejecuta estas indicaciones, algunos eventos adversos (errores) que están relacionados con mayor frecuencia con la práctica de enfermería es en común: la medicación, la administración de medicamentos es un acto reflexivo en el que una persona da la indicación y es el profesional de enfermería quien antes de ejecutarla debe realizar un análisis profundo sobre el medicamento, su acción, dosis, vía y hora de aplicación así como de los intervalos y el nombre del paciente y el registro todo con datos correctos situación que en enfermería son principios vigentes que rigen la administración de medicamentos y son llamados los cinco correctos y aunado a estos principios no se debe olvidar que durante este proceso de administración de los medicamentos la enfermera es responsable y que por tanto, no debe distraerse, debe tener un control estricto y por escrito de todos y cada uno de los fármacos que prepara que no debe confiar en su memoria, sobre todo si se trata de medicamentos de alto riesgo.

Cuando por diversas circunstancias se presenta un evento adverso el profesional de enfermería puede optar por lo siguiente:

1. Ocultar la información por diversas causas entre ellas, el miedo a ser reprendida o tal vez a ser despedida, a per-

der el respeto de sus compañeras, estas conductas dañan la confianza y alteran los principios de maleficencia-beneficencia, autonomía, justicia, veracidad y lealtad.

2. Comunicar el error a sus compañeras y al resto del equipo de salud es una reacción correcta lo que permita el actuar de manera inmediata para contrarrestar el daño.
3. El comunicar el evento al paciente y a los familiares, situación que debe ser lo ideal pero que no se realiza porque de esta forma se afirma que se pierde la confianza tal hacia el profesional de enfermería.

Independientemente del error y de quien lo cometa se debe actuar de manera inmediata sobre la premisa de que el paciente esta primero y de identificar las acciones o medidas de manera inmediata para minimizar el daño.

Código de ética en enfermería

Como resultado de su educación formal el profesional de enfermería se encuentra identificado con los más altos valores morales y sociales de la humanidad y esta comprometido con aquellos que propician una convivencia de dignidad y justicia e igualdad. El código de ética hace explícitos los propósitos primordiales, los valores, las obligaciones de la profesión tiene como función tocar y despertar la conciencia de la enfermera que se constituya en un ámbito de legitimidad y autenticidad en beneficio de la sociedad.

En enfermería se tiene un código de ética para resaltar los valores heredados de la tradición humanista, un código que inspire el respeto a la vida, a la salud, a la muerte, a la dignidad, ideas, valores y creencias de las personas y el ambiente, un código que resal-

te los atributos y valores congruentes con la profesión.

Código de ética

Disposiciones generales. El código de ética norma la conducta de la enfermera con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios, las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades profesionales.

- Deberes de las enfermeras para con las personas. Contiene ocho artículos (segundo al noveno). Relacionados con el respeto a la vida. El ser profesional, el proteger la integridad, valores y costumbres, proteger la integridad de la persona, mantener un conducta honesta y leal, secreto profesional, el autocuidado a la salud, atención de enfermería y el principio de la voluntad de las partes.
- De los deberes de las enfermeras como profesionistas. Contiene ocho artículos (décimo al décimo séptimo). Referentes a la aplicación de los conocimientos científicos y éticos, la responsabilidad de los asuntos inherentes a la profesión, uso de la cedula profesional, a fortalecer la seguridad en el trabajo, a la igualdad en el trato del ser humano, ofrecer servicios de calidad. A las competencias profesionales, a la imparcialidad y al juicio crítico.
- Deberes de las enfermeras para con sus colegas. Contiene cinco artículos (décimo octavo al vigésimo segundo). Referentes a compartir experiencias profesionales disciplinares, a dar crédito a sus colegas, a ser solidaria, al respeto a la opinión de sus colegas y a mantener el prestigio de su profesión.
- De los deberes de las enfermeras para con su profesión. Contiene tres artículos vigésimo tercero al vigésimo quin-

to). Referentes a el desempeño profesional, el desarrollo de la profesión y a demostrar lealtad a los intereses legítimos de la profesión mediante su participación activa.

- De los deberes de las enfermeras para la sociedad. Contiene tres artículos (vigésimo sexto a vigésimo octavo). Referentes a prestación de servicio social, estar en la disposición de brindar el cuidado a quien lo solicite y buscar el equilibrio entre el desarrollo humano y la conservación de los recursos y el medio ambiente atendiendo los derechos de las generaciones futuras.

De todo lo anterior se deriva el decálogo de ética:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio

de las personas y de la comunidad de enfermería.

8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo con su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

Ejemplo de dilema ético

En la sala de terapia intensiva se encuentra una paciente con problema de sepsis el personal de enfermería tiene a su cargo la ejecución de la terapia farmacológica de acuerdo con las indicaciones, llega la hora de administrar los medicamentos y de acuerdo con la organización fueron dos las enfermeras que participaron en esta acción, la enfermera que prepararon los medicamentos, no identifico perfectamente el fármaco y en lugar de poner el nombre de la paciente de la cama tres le puso el nombre de la paciente de la cama cuatro, el fármaco fue difenilhidantoinato de sodio, el cual fue aplicado de manera incorrecta, posteriormente la paciente empieza a sentir los efectos del fármaco argumentando que su visión era borrosa y sentía en su cuerpo una sensación de pesadez, buscando la causa de los efectos se identifico el evento adverso la administración de un fármaco de manera equivocada, las enfermeras notificaron de inmediato al especialista que estaba a cargo de la guardia y este busco el antídoto para minimizar de manera inmediato la acción del fármaco que por error se había administrado. El dilema surgió en el momento en que se identifico el error y la discusión que se dio entre las enfermeras en cuanto a, ¿que hacemos?, ¿avisamos?, ¿no avisamos y actuamos

por nuestra cuenta? y ¿después de resuelto el caso le pedimos al especialista que no lo anote en su reporte y en el enfermería tampoco?, ¿hacemos todas las anotaciones en las hojas correspondientes? y ¿lo notificamos o no a la jefa del servicio del siguiente turno?

El especialista comento que fue clave la inmediatez con que se comunico el problema y la rapidez con que se administro el antídoto y las anotaciones realizadas en las hojas correspondientes con respecto al error cometido así como la notificación al personal del siguiente turno con la finalidad de mantener a la paciente en observación con

respecto a las posibles reacciones que pudiera presentar.

Es importante que analicemos que como seres humanos podemos cometer errores pero que es inhumano no tratar en lo mejor de lo posible, no cometerlos y evitar al 100% poner en peligro la vida de todos aquellos que sin pensarlo ponen su vida en las manos de un profesional de la salud, con la fe y la esperanza de que son ellos quienes les ayudaran a recuperar la salud ya que la felicidad radica ante todo cuando se posee un completo estado de bienestar físico, mental, social y espiritual.

Dilemas éticos del nutriólogo(a) en la consulta privada



M en NH Amanda PEÑA IRECTA
M en NH Zuli CALDERÓN RAMOS

HABLAR DE la consulta privada nos remonta algunos años atrás, 12 años aproximadamente, en dónde al inicio fue una experiencia empírica ya que durante nuestro trayecto en la universidad al cursar tanto la licenciatura como la maestría no hubo una formación dirigida a la atención del paciente en la consulta privada; sin embargo si la hubo en los aspectos éticos de la profesión. Nuestro inicio en la consulta privada fue por la inquietud propia de tener contacto directo con pacientes y porque algunos conocidos manifestaban requerir nuestros servicios principalmente para el control de peso. Desde entonces hemos ido adquiriendo la experiencia para proporcionar este servicio, valiéndonos de la actualización constante, además de informarnos sobre los requisitos necesarios para cumplir con las normas nacionales para poder dar consulta de calidad.

Como personas y como profesionales de la nutrición siempre ha sido importante para nosotros el tener presente esa formación ética y de valores, misma que se va adquiriendo a lo largo de la vida, en el entorno familiar y escolar y con las amistades y demás personas que nos vinculamos. Todo este bagaje de conocimientos y experiencia nos define en nuestro quehacer profesional y nos ha permitido aprender cómo es que la ética se traduce a la práctica, entendiendo que la ética y lo que ello implica no es algo que se aprende de memoria, ni es una receta de cocina, sino que es algo que se va aprendiendo en el día a día de lo que uno va viviendo y madurando.

Hemos tenido la fortuna de conocer gente con diferentes profesiones relacionadas a la salud y afortunadamente la mayoría de ellas han actuado con compromiso, sensibilidad y ética, lo cual ha permitido tener

varios ejemplos cercanos de lo que ésta ética implica; aunque también nos ha tocado conocer la contraparte de la historia en donde hemos visto la insensibilidad y la falta de ética en el trato al paciente, por lo que tenemos muy claro el tipo de profesional de la nutrición que somos y que queremos ser.

Este aprender cotidiano nos ha llevado a conocer nuestros límites, capacidades y habilidades, y afortunadamente hemos tenido la oportunidad de que médicos tanto generales como especialistas reconozcan nuestro trabajo y se apoyen en nosotros al referirnos a sus pacientes; nuestro desempeño hace que los pacientes también reconozcan nuestro trabajo, lo que los motiva a regresar a sus consultas y a recomendarnos con otras personas y pacientes.

Esto ha sido fruto de esa formación cumpliendo con la honestidad, legitimidad y moralidad de lo que hemos aprendido, toda vez que desde el egreso de nuestra carrera nos interesamos en incursionar en la consulta privada con la consigna de servir a la gente y procurar su mejora mediante un trato justo, igualitario y humanitario a quien solicitara nuestros servicios.

Como nutriólogas sabemos que nuestra profesión nos permite tener y aspirar a una vida mejor en todos los aspectos, como el profesional, personal y económico. Sin embargo la consulta privada no la vemos sólo como algo que nos remunere económicamente, sino como una oportunidad de actualización, de aprendizaje y de compartir con otros, buscando diferentes opciones para lograr nuestros objetivos como nutriólogas, así como las metas del paciente que requiere de nuestros servicios.

Hace un momento escribíamos sobre el conocer y reconocer los límites, las capacidades y habilidades; parte del reconocer los límites, nos ha llevado a aprender a ser humildes y honestos. Por ejemplo, en muchas ocasiones tenemos el conocimiento sobre el tratamiento farmacológico que requiere el

paciente o bien el mismo paciente nos solicita que le recetemos algún medicamento para su patología o para bajar de peso (eso es algo muy común), sin embargo, aunque contemos con ciertos conocimientos de farmacología, reconocemos que no fuimos formados para prescribir medicamentos y que por tanto, no debemos involucrarnos en ello. Es decir, no sería honesto el querer impresionar a nuestro paciente recetándole algún medicamento o bien criticar o contradecir acerca del tratamiento farmacológico que esta recibiendo del médico. Por el contrario debemos darle su crédito a nuestros compañeros y colegas y de esa manera contribuir al trabajo multi e interdisciplinario, trabajo que reconocemos en algunas ocasiones es muy difícil de lograr debido al ego de los diferentes profesionales que tratamos a un mismo paciente.

Entonces cuando algún paciente nos sugiere que lo mediquemos, esto se convierte en un dilema ético, por un lado porque el paciente tiene el derecho de pedir, y eso lo debemos respetar, pero por el otro lado nuestra ética como licenciados en nutrición nos dice que nosotros no somos los profesionales preparados para ello. En este caso un dilema ético de este tipo lo hemos resuelto platicando con nuestro paciente con toda la honestidad y sinceridad; por ejemplo, si se trata de un caso de sobrepeso u obesidad y el paciente desea tener un tratamiento farmacológico o incluso quirúrgico y nos lo solicita, lo que hacemos es explicarle que nosotros somos los profesionales encargados de la nutrición y alimentación y que no somos los indicados para prescribir medicamentos ni mucho menos realizar cirugías; le explicamos que el problema de salud que tiene se debe de tratar de manera multidisciplinaria principalmente con un nutriólogo, médico y psicólogo y le remarcamos la función de cada uno de ellos, como para conscientizarlo del porqué y de la importancia de acudir a ellos. También le comentamos

sobre el riesgo-beneficio de utilizar un medicamento o una cirugía de acuerdo con el sobrepeso o grado de obesidad que presenta, y si aún así el paciente insiste en tomar algún medicamento y en que se lo recetemos, le decimos que no y le recomendamos a algún médico para que lo consulte. Hablando así con nuestro paciente estamos respetando su derecho a la información y a la toma de decisiones y nosotros como profesionistas estamos actuando de manera ética al no realizar acciones para las que no fuimos preparados y al respetar a nuestros compañeros integrantes del equipo de salud. Actuando así en algunas ocasiones hemos perdido pacientes, pero también hemos ganado credibilidad lo cual se traduce en la ganancia de nuevos pacientes.

Eso nos lleva a recordar que la consulta privada no es una competencia en la que el ganador es quien más pacientes vea, creemos y estamos ciertas que para nosotras no es esa nuestra inquietud, al contrario es poder lograr que la mayor parte de las personas que acuden a nosotras para ser tratadas por alguna patología, no solo se retiren satisfechas de la consulta, sino que aprendan que esa información les es útil en la vida diaria y más aún que eso contribuye a su mejoría y recuperación de su salud.

Otro dilema ético al que algunas veces nos hemos enfrentado es al poco respecto o credibilidad del médico hacia el trabajo del nutriólogo y a esa relación tan estrecha y de confianza absoluta del paciente con su médico. A qué nos referimos con esto, citaremos un ejemplo: hay ocasiones en que el médico nos remite un paciente, nosotras lo atendemos, le indicamos su tratamiento dietoterapéutico y cuando regresa a su consulta subsecuente nos comenta que no llevo el tratamiento debido a que su médico consideró que no era lo adecuado y que el tratamiento debe modificarse. Muchas veces la actitud del paciente es la de esperar que el nutriólogo(a) le cambie las indicaciones

acordes a las que su médico le dio ya que “él es su doctor y es el que sabe”. Una situación como la que ejemplificamos se convierte en un dilema de tipo ético, el cual hemos tratado de resolver y algunas veces lo hemos logrado de la siguiente manera: es nuestra obligación informarle al paciente lo que implica ser nutriólogo, la serie de conocimientos que adquirimos en nuestra formación y para qué son esos conocimientos, esto con la finalidad de hacerle ver que cada profesionista tiene sus funciones y que es su responsabilidad asumirlas como corresponde. Una vez que le damos a nuestro paciente esta información le explicamos el porque decidimos utilizar ese tratamiento y porque no consideramos utilizar el que el médico sugiere y le solicitamos un voto de confianza a nuestra persona y a nuestra profesión. De esta manera estamos respetando a nuestro paciente y nos respetamos a nosotras mismas.

También estamos conscientes de que la nutrición como profesión es aún joven y que una parte importante de nuestro trabajo como licenciados en nutrición se ha concentrado en ir ganando terreno y credibilidad entre nuestros compañeros del equipo de salud y de la sociedad en general. Una situación como la anteriormente planteada en que un médico pretende decidir o hacer nuestro trabajo, la hemos podido resolver demostrando esa actitud de defensa de nuestra profesión, actitud que se basa en el estudio, actualización y compromiso con nuestra profesión. Consideramos que la solución a este tipo de situaciones es y será siempre la preparación y actualización, ya que de esa manera hemos podido demostrarles a los médicos que entendemos y que sabemos de lo que estamos hablando cuando participamos en la atención de un paciente. Conscientes también de que la relación siempre debe mantenerse respetuosamente con nuestros compañeros, consideramos que la mejor manera de subsanar este dilema es demostrando nuestros cono-

cimientos y capacidades y no entrando en discusiones infructuosas.

Otro dilema ético al que nos hemos enfrentado es a esa competencia que existe de los llamados “productos maravillosos o mágicos” y a personas que sin tener la preparación adecuada se ostentan como “expertos o profesionales de la nutrición”, y el dilema se presenta cuando nuestro paciente atiende más a las indicaciones de estas personas o productos que a las nuestras. La forma de enfrentar este dilema ha sido hablándoles a nuestros pacientes con la verdad, comentándoles que si el producto contiene una leyenda que dice: “El consumo de este producto es responsabilidad de quien lo usa o de quien lo recomienda”, se debe a que no tiene un respaldo científico que le abale, le hablamos un poco de la fisiología y de los procesos bioquímicos en nuestro organismo para intentar explicarle el efecto de estos productos o bien si no conocemos el producto se lo decimos con toda honestidad y nos comprometemos a investigar sobre el producto para poderle informar mejor; le comentamos también que la decisión de utilizar estos productos o bien de ajustarse al tratamiento queda en su persona y le hacemos ver que no le conviene por cuestiones económicas el gastar doble comprando un producto y además acudiendo periódicamente a consulta nutricional. De esta forma cumplimos con nuestro deber de proporcionar información veraz y clara al respecto de beneficios, contraindicaciones y efectos secundarios de los productos comerciales.

Otro aspecto de la consulta privada en nutrición que tiene que ver con la ética es el hecho de que a muchos de nuestros pacientes, les hacemos evaluación antropométrica y de su composición corporal, esto implica que el paciente debe utilizar el mínimo de ropa posible para poder realizarle las mediciones correctamente. Hay ocasiones en que a algunos pacientes les sorprende esta situación ya que no llegaron al consultorio mentalizados

para quedarse con el mínimo de ropa posible y esto pudiera generarles cierta incomodidad. En este caso la estrategia que se ha utilizado es que en el momento en que el paciente solicita la consulta de primera vez, además de acordar el día y agendarla se le hace saber que parte de la consulta consiste en evaluar su composición corporal y se le pide que el día de la cita acuda con ropa cómoda. Hay ocasiones en que el paciente no acepta que se le mida y esa decisión se le respeta y solo se le explica que entonces no se podrá evaluar adecuadamente su composición corporal.

En algunas ocasiones la gente solicita la consultoría con el nutriólogo, más que por aspectos de salud, por aspectos estéticos sobretodo cuando se trata de control de peso. El paciente llega al consultorio con una idea de cuánto quiere bajar de peso y cómo se quiere ver. Si bien es obligación del nutriólogo respetar la autonomía del paciente y por ende sus decisiones, es también nuestra obligación el explicarle cómo es que debe de ser la disminución de peso fisiológicamente aceptable, los aspectos genéticos de la distribución corporal de grasa, las cuestiones relacionadas con el metabolismo y la edad, en fin, se le deben hacer de su conocimientos todos los aspectos fisiológicos y sobretodo hablarle con la verdad y no prometerle cambios “milagrosos” en su físico, en primer lugar porque éstos no existen y en segundo lugar porque nuestra formación profesional resuelve ciertos aspectos más no todos los relacionados con lo que el paciente quiere. Es por ello preferible hablar con la verdad y qué sea el paciente quién decida si continua o no con el tratamiento.

Es conveniente mencionar que hay ocasiones en que la gente se acerca a nosotras para comentarnos que les fue diagnosticada alguna enfermedad y que les recomendaron acudir a consulta de nutrición, pero que sin embargo no cuentan con los recursos económicos suficientes para acceder a las consultas, solicitándonos que por favor

les podamos apoyar. Nosotras en esos casos entendemos que como parte de la ética del nutriólogo y del personal del área de la salud, debemos de apoyar a nuestros semejantes en este tipo de situaciones y lo hacemos con gusto, ya sea disminuyendo el costo de nuestra consulta o bien atendiéndonos sin costo alguno. Esta situación que mencionamos en ocasiones se convierte en un dilema ético y no por el hecho de prestar el servicio a bajo costo o sin costo, sino por el hecho de que en una situación de este tipo se involucran muchos aspectos morales que tienen que ver con la honestidad de la gente que se acerca solicitando ese apoyo y a quiénes nosotras atendemos como lo haríamos con cualquier otro paciente, otorgándoles ese voto de confianza de que lo que nos argumentan es la verdad. Aunque cabe mencionar que en ciertas ocasiones y por diversas circunstancias nos damos cuenta de que la realidad económica de la persona no era tan difícil como decían y como nuestro trabajo es muy valioso hablamos con las personas y les indicamos que a partir de una siguiente consulta, esta tendrá un costo menor pero al fin y al cabo un costo, esto con la finalidad de valorar nosotros mismos nuestro trabajo y esfuerzo y hacer que los demás lo valoren.

Estamos también conscientes de que los procesos involucrados en la nutrición

son numerosos, que cuando egresamos de la licenciatura contamos con conocimientos muy generales y que conforme vamos ejerciendo nuestra profesión de acuerdo con diversas circunstancias por las que nos vaya llevando la vida vamos adquiriendo la experiencia en un campo. La consulta privada no escapa de ello, podemos dar consulta, pero tener más experiencia en algunos aspectos y poca en otros. Por lo que en algunas ocasiones cuando tenemos algún paciente con una enfermedad con características muy específicas preferimos remitirlo con algún colega que sepamos tienen experiencia en casos como esos, prefiriendo perder un paciente a dar un mal tratamiento.

Haciendo un análisis de las experiencias que hemos compartido con ustedes nos lleva de nuevo a reconocer la importancia de conducirse con ética, en donde la honestidad, responsabilidad y moralidad nos permite no hacer diferencia alguna entre ningún paciente, el trato y la calidad de la consulta es el mismo, procurando siempre esa equidad, eso es algo que se tiene en esencia pero que también se va aprendiendo gracias a ese contacto con pacientes y con las diferentes personas involucradas en la consulta privada. Siempre con la encomienda de salvaguardar los intereses y la salud del paciente.

Dilemas éticos en la farmacia



LF Sandra RIVERA ROLDAN

LA BIOÉTICA puede ser interpretada como el máximo desafío de misma ética, que no se juega tanto en el orden teórico de una fundamentación última de la moral sino también en el *arbitraje del juicio práctico*, que exhibe la compleja estructura de la acción humana con la exigencia universal de respeto por la dignidad de las personas, formulada en términos de principios como autonomía y justicia. Lo anterior hace que se ubique a la bioética en la “zona del juicio prudencial”, la cuál abarca no solo el nivel de las decisiones en el ejercicio de la práctica asistencial de la salud, de la investigación biomédica y biotecnológica, sino también el de las decisiones jurídicas, legislativas y políticas en estas materias.

La ética clínica se considera una subespecialidad de la bioética, y se refiere a la toma de decisiones en el día a día de aquellos que atienden al paciente. En la ética

clínica se ha generalizado el análisis de los conflictos mediante un análisis de los principios éticos, lo cuáles formulan cuatro aspectos:

1. Respeto a la autonomía. Respeto por la capacidad de decisión de las personas autónomas.
2. No maleficencia. Evitar causar daño.
3. Beneficencia. Promoción de los beneficios y evaluación del balance entre beneficios, riesgos y costos.
4. Justicia. Distribución de los beneficios, riesgos y costos de forma equitativa.

La ética clínica debe de considerar una jerarquización de los principios antes mencionados a la vista de las situaciones concretas y de las consecuencias pero sobre todo de un análisis ordenado y la discusión de todos los involucrados.

Sin duda alguna, una de las profesiones que ha tenido que aplicar reflexiones éticas clínicas en su desarrollo es la profesión farmacéutica. En donde el eje de dicha reflexión debe de encontrar la promoción de la vida y de la salud de las personas así como la aplicación de una ética que sea aplicable específicamente a los problemas del farmacéutico en su quehacer cotidiano. Desde este punto de vista, se ofrece algunos dilemas éticos relacionados con algunas de las tareas propias de esta profesión: la promoción del uso racional medicamentos, especialmente en el momento de su dispensación; el respeto a la confidencialidad y autonomía de los pacientes cuando se establece el seguimiento farmacoterapéutico; los conflictos interprofesionales derivados del desarrollo de la atención farmacéutica; la venta de fármacos por internet; la dispensación de fármacos con efectos abortivos; la participación del farmacéutico en campañas de promoción para la salud; etcétera.

Código de ética del farmacéutico

Los principios éticos fundamentales del farmacéutico se describen en el código de ética redactados por Federación Internacional de Farmacéuticos (FIP, por sus siglas en inglés) en octubre del 2005, en donde reafirman los papeles, basados en las responsabilidades de los farmacéuticos tanto de tipo moral así como los valores que permite guiar a través del código de ética a los farmacéuticos en sus relaciones con los pacientes, con otros profesionales de la salud y con la sociedad en general.

Principios en la práctica de su profesión

1. La principal responsabilidad del farmacéutico es el bienestar del individuo.
 - a) Obligaciones: 1) ser objetivo, 2) poner el bienestar del individuo antes

que los intereses personales o comerciales (incluidos los intereses financieros), 3) promover el derecho del individuo de tener acceso a un tratamiento seguro y efectivo.

2. El farmacéutico demuestra la misma dedicación para todos.
 - a) Obligaciones: 1) manifestar respeto por la vida y la dignidad humana, 2) no discriminar entre las personas, 3) luchar por tratar e informar a cada individuo de acuerdo con las circunstancias personales.
3. El farmacéutico respeta el derecho del individuo a la libertad de elección del tratamiento.
 - a) Obligación: 1) asegurar que cuando el farmacéutico participe en el desarrollo de planes de cuidado y tratamiento, esto sea hecho consultando al individuo.
4. El farmacéutico respeta y protege el derecho del individuo a la confidencialidad.
 - a) Obligación: 1) no difundir información, que identifique al individuo, sin el respectivo consentimiento o debida causa.
5. El farmacéutico coopera con los colegas y otros profesionales y respeta sus valores y habilidades.
 - a) Obligación: 1) cooperar con colegas, otros profesionales y agencias, en los esfuerzos por promover la buena salud, y tratar y prevenir enfermedades en ésta.
6. El farmacéutico actúa con honestidad e integridad en las relaciones profesionales.
 - a) Obligaciones: 1) actuar con convicción de conciencia, 2) evitar prác-

ticas, comportamientos o condiciones de trabajo que puedan perjudicar el juicio profesional,

7. El farmacéutico está al servicio de las necesidades del individuo, la comunidad y la sociedad.
 - a) Obligación: 1) reconocer las responsabilidades asociadas con el servicio a las necesidades del individuo, por una parte, y de la sociedad en general, por otra.
8. El farmacéutico mantiene y desarrolla conocimientos y habilidades profesionales.
 - a) Obligación: 1) asegurar la competencia en cada servicio farmacéutico suministrado, por medio de la continua actualización de conocimientos y habilidades.
9. El farmacéutico asegura la continuidad de la atención en el caso de disputas laborales, clausura de la farmacia o conflicto de creencias morales personales.
 - a) Obligación: 1) remitir el paciente a otro farmacéutico, 2) asegurar que cuando una farmacia clausura, los pacientes sean informados sobre la farmacia a la cual su expediente, si éste se ha llevado, ha sido transferido.

Dilemas éticos en la farmacia

Uno de los principales dilemas éticos en la profesión farmacéutica, es el ser capaces de diferenciar aquellos problemas en los que nosotros como farmacéuticos somos los principales en la toma de decisiones, de aquellos otros en los que no lo somos, pero podemos y queremos influir en las decisiones de otros profesionales de la salud, lo cual a veces resulta difícil ya que a lo largo de mi experiencia profesional he visto a muchos

de mis colegas e incluso cometido el error de tomar atribuciones de otra profesión ya que nuestro papel como farmacéuticos clínicos es la dispensación y la información de los medicamentos prescritos por el médico, la evaluación y seguimiento de los posibles problemas relacionados y riesgos negativos a la medicación que sean relevantes con la farmacoterapia completa del paciente y con su dieta, la colaboración en la educación sanitaria y sobre el uso de los medicamentos a la población. Así como nuestro papel como asesor en la prescripción médica y en la gestión de los recursos farmacoterapéuticos. Por lo anterior, es importante mantener una educación continua además de realizar una labor docente e investigación. Tenemos un código ética que promueve y divulga nuestros valores para el paciente, para el resto de los profesionales de la salud y para la sociedad.

Los dilemas éticos se presentan en el quehacer cotidiano de la profesión, pero recordamos los trascendentes y que marcaron tal vez el hecho que tratemos de ser un farmacéutico ético y justo.

En el ejercicio la farmacia en sus diferentes ramas (farmacia comunitaria, clínica, hospitalaria e investigación) se afrontan diversos dilemas éticos sobre todo en los aspectos de la farmacoterapia en la valoración del riesgo beneficio necesaria o prescrita por un médico a un paciente ya que pueden haber ciertas diferencias o discrepancias con el médico en esta valoración, socialmente se espera que el farmacéutico debe de asumir la prescripción y dispensar la medicación, sin embargo puede haber un dilema ético cuando el farmacéutico analiza la prescripción observa que puede haber una terapia contraindicada, prescripciones no viables y finalmente la valoración del riesgo beneficio es un juicio de valor y en donde puede ser favorable o no aunque en ocasiones podemos hacer un juicio como farmacéuticos de la terapia sin conocer la historia clínica o las

circunstancias del caso por lo que es importante al realizar el análisis de este aspecto primero realizar un diálogo con el médico para conocer todos los aspectos clínicos antes de emitir un juicio y no caer en un problema ético en donde se puede confundir con el hecho de querer ocupar otra profesión que no nos corresponde como profesionales de la salud.

El farmacéutico tienen la obligación moral de la promoción del tratamiento óptimo al ser el profesional experto del medicamentos por lo que tienen un papel fundamental en la promoción del uso racional del medicamento. Ya que una de sus responsabilidades en la dispensación de los medicamentos es que sólo pueden proporcionarse con una receta médica, esté. En esta situación desde la perspectiva de la ética clínica y legal puede negarse a la dispensación cuando se solicita sin receta, aunque este aspecto en nuestro país se vuelve aun más complejo y en donde pueden intervenir en el juicio del farmacéutico para la dispensación de los medicamentos un interés económico ya que el medicamento se convierte en una unidad monetaria y no de salud. En caso que el paciente presente una receta médica y el farmacéutico encuentra en la prescripción una interacción y/o contraindicación importante o incluso duda razonable e importante en la dosis e imposibilidad de contactar con el médico, puede negarse a dispensar el medicamento ya que se pone el riesgo la vida del paciente.

En una segundo problema ético, se presenta en el farmacéutico cuando tiene la responsabilidad con los respecto a los medicamentos de libre venta (OTC) ya que muchas ocasiones el primer y único profesional de la salud con el que consulta el paciente es el farmacéutico, en estos casos no debe de existir el interés comercial. Sin embargo el farmacéutico tienen la obligación de ante poner el bienestar del paciente por lo que es fundamental que en una situación de auto-

medicación en donde la población solicita un medicamento directamente al farmacéutico, éste debe de obtener toda la información que sea relevante de la terapia y siempre que el medicamento sea de libre venta y no se requiera receta para su compra, con la información obtenida el farmacéutico tomará una de las siguientes decisiones:

- Dispensa el medicamento con la información necesaria sobre el mismo y sobre los síntomas a tratar.
- No dispensa el medicamento por no ser el indicado para ese paciente y lo sustituye por otro, si el paciente no acepta el cambio no se dispensa.
- No dispensa ningún medicamento e informa sobre las medidas higiénico dietéticas necesarias.
- Remite el paciente al médico: el síntoma podría estar relacionado con una patología no diagnosticada que requiere la intervención médica.

Otra situación ética en el momento del acto de dispensar medicamentos, ocurre cuando el paciente consulta al farmacéutico sobre un síntoma y que puede tomar para sentirse mejor (consulta farmacéutica), como profesionales podemos tomar una de las siguientes decisiones éticas siempre que el medicamento sea de libre venta y no requiera de una receta:

- El farmacéutico seleccionará el medicamento más adecuado para ese síntoma.
- Dispensará con toda la información necesaria para su correcta utilización, así como la indicación de visitar al médico si no desaparecen los síntomas.
- Remitirá el paciente al médico si es grupo de riesgo de salud importante (ancianos, embarazadas, lactantes).

El problema surge cuando el paciente insiste en recibir el fármaco que el decidió

automedicarse y en determinados caso puede ser grave. Por lo que como farmacéutico debe de explicar al paciente los motivos por lo que considera que no es beneficio el medicamento que solicita o desarrollar alternativas profesionales que promuevan el uso racional del medicamento como una posibilidad de poner en contacto con un médico evitando enfrentamientos con los pacientes.

Una de las recientes funciones del farmacéutico en la atención farmacéutica es el seguimiento farmacoterapéutico, el cual se define como: “Práctica profesional en la se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos mediante la detección de (PRM), y la prevención y resolución de (RNM), de forma continua, sistematizada y documentada, en colaboración con el paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente”. Por lo anterior, uno de los elementos necesarios para llevar a cabo un seguimiento farmacéutico (SF) es la necesidad de tener información suficiente y relevante sobre la farmacoterapia como historia e información clínica, resultados terapéuticos, medicamentos, reacciones adversas, etc. La obtención de esta información puede ser causa de uno de los principales problemas éticos y legales actuales que se plantean para el farmacéutico. En primer instancia el uso de información relacionada con el paciente (datos personales, enfermedades, etc.) y su medicación, lo que conlleva a la protección de la confidencialidad del paciente así como requiere para la implementación del SFT un acuerdo entre el farmacéutico-paciente-médico. Esto confiere un consentimiento de aprobación por parte del paciente para su aprobación para obtener información sobre la salud, estilos de vida, medicación, etc. lo cual es de gran importancia ética por parte

del farmacéutico ya que debe de tener un respeto a la libertad y los derechos de los pacientes.

Sin duda alguna las funciones de la atención farmacéutica pueden causar un enfrentamiento entre médicos y farmacéuticos ya que el problema se encuentra principalmente en las nuevas actividades que el farmacéutico esta asumiendo en las últimas décadas y puede considerarse un intruso profesional, lo que incluso esto se considera uno rechazo a la atención farmacéutica y que se considera un problema ético sobre todo en el respeto de las funciones de cada profesional de la salud. El farmacéutico debe de estar consciente que el médico es el responsable del diagnóstico y prescripción del tratamiento; y el farmacéutico debe de procurar en la atención farmacéutica el uso correcto de los medicamentos, asesorar así como educar sobre los diferentes aspectos que pueden influir en el uso, abuso y mal uso de los medicamentos. Esto exige éticamente una coordinación entre ambos profesionales sobre todo en el ámbito de la comunicación, es necesario que la atención del farmacéutico contribuya positivamente al uso de los medicamentos.

El desarrollo de las actividades del farmacéutico tienen importantes consecuencias éticas y en donde se puede encontrar con situaciones que entran en conflicto con el deber de la profesión y las diversas respuestas antes las diversas situaciones no pueden ser una improvisación por parte del farmacéutico ya que cada acto ante ciertos problemas o circunstancias deben de exigir una reflexión ética-profesional aplicada, específica conforme a las obligaciones profesionales que la sociedad y la profesión actualmente demanda, buscando la excelencia de la práctica individual que tienen como objetivo lograr los valores éticos y profesionales para un cumplimiento de las normas legales vigentes.

Bibliografía

- RICOEUR, P. (1996). "Sí mismo como otro". Ed. Siglo XXI, Madrid, p. 298.
- ENCYCLOPEDIA OF BIOETHICS. (1995). Editor: Warren Thomas Reich. MacMillan Library Reference. EUA.
- GRACIA, D. (1991). "Procedimientos de decisión en ética clínica". Madrid. Eudema.
- SUÑÉ, JM. (1990). "Legislación farmacéutica española". 9ª Ed. Romargraf, Barcelona.
- CONSENSO SOBRE ATENCIÓN FARMACÉUTICA. (2002). Ministerio de Sanidad y Consumo.

Nutrigenómica: nuevas implicaciones éticas



Men C José Luis GODÍNEZ MARTÍNEZ

La generación de conocimiento científico es una empresa que está basada en la confianza. La sociedad confía en que los resultados de las investigaciones científicas son honestos y fruto de una reflexión precisa del trabajo del investigador. Los investigadores también confían en que los resultados generados por sus colegas han pasado por una revisión cuidadosa, y que se han usado de manera apropiada los métodos analíticos y estadísticos. Los investigadores también confiamos en que el conocimiento generado será usado en beneficio de la sociedad, y en cierta medida, es una de las grandes motivaciones para hacer ciencia; aparte por supuesto, de la generación de conocimiento *per se*.

Siempre que surge un área del conocimiento nueva, con ella aparecen dilemas éticos y la nutrigenómica no es la excepción. En este capítulo haremos mención de algunos de estos dilemas generados en torno a la

nutrigenómica, y de los cuidados que deben tenerse con los resultados obtenidos de esta rama de la ciencia.

Con la obtención de la secuencia del genoma humano y la capacidad de analizar masivamente la expresión genética a través de la técnica de microarreglos, cambió la perspectiva de la investigación y dio lugar a la aparición de una serie de disciplinas que llamamos “ciencias genómicas”. Pasamos de analizar fenómenos asociados a un solo gen, a analizar de manera global la expresión de miles de genes en una condición particular. Así, tenemos la promesa de nuevas innovaciones científicas, como las medicinas y las dietas personalizadas.

La nutrigenómica es el estudio de la interacción que tienen los nutrientes con los genes, en particular cómo afectan determinados nutrientes los patrones de expresión genética. También se han encontrado

algunos polimorfismos genéticos asociados a la predisposición a desarrollar algunas patologías, como obesidad, dislipidemias, enfermedades cardiovasculares y diabetes, por mencionar algunas. Así, han surgido una serie de pruebas de laboratorio que pueden analizar ciertos polimorfismos y determinar si una persona tiene o no la predisposición a una de las enfermedades arriba mencionadas. Existe una demanda creciente por estas pruebas personalizadas, en Estados Unidos, se han vendido 35,000 pruebas nutrigenéticas desde el 2003.

A pesar que ya existen algunas de estas pruebas en el mercado para ser usadas por profesionales de la salud, no existe un marco legal que delimite su uso, por lo que urge un debate entre la comunidad científica, donde se tomen en cuenta los aspectos éticos, legales y sociales para legislar en torno a este tema.

Los servicios de análisis nutrigenómicos existentes involucran ventas por internet. Una persona puede comprar una prueba en línea, tomar un isopo bucal para luego enviarlo a la compañía por correo junto con información acerca de su estilo de vida. La compañía analizará la muestra biológica para buscar polimorfismos asociados con el metabolismo de nutrientes y comparará estos resultados con el estilo de vida del solicitante. Con esto se genera un reporte para el consumidor, donde se incluye un resumen de los genes analizados, los polimorfismos encontrados y una descripción de las asociaciones gen-nutriente que puedan asociarse al riesgo de desarrollar una enfermedad, así como una lista de recomendaciones de alimentación para disminuir estos riesgos. Estos mismos servicios son ofrecidos por profesionales de la salud que sirven como intermediarios entre las compañías y el paciente.

Uno de los dilemas en este tipo de servicios, es que el acceso directo por el paciente, ya que puede dar lugar a una interpretación errónea de los resultados, por lo que se propone que esta información sea dada al pa-

ciente por un grupo multidisciplinario, que tome en cuenta todas las aristas del impacto que tenga esta información en el paciente. Este grupo multidisciplinario deberá estar integrado por médicos de diferentes especialidades dependiendo de las enfermedades que se detectaron como de alto riesgo, el genetista, el nutriólogo e inclusive contar con atención psicológica para evitar algún trastorno alimenticio. La legislación deberá de proteger al paciente para que su información permanezca resguardada y que terceros no puedan tener conocimiento de ella, y deberá de garantizar que el equipo multidisciplinario sea quien de la orientación adecuada.

En el caso de la investigación en nutrigenómica, esta involucra la determinación de un genotipo, y los investigadores deben de estar en contra de la discriminación o de la estigmatización de una persona o de un grupo, basados en su herencia genética. Como hemos visto, el estudio de la nutrigenómica arroja información acerca del genotipo que puede ser usada para un diagnóstico o un pronóstico, que conlleve un beneficio inmediato para la persona a la que se le realizó el estudio. Siempre hay un peligro de que esta información genética sea mal interpretada o que no se le dé el uso correcto por el individuo, sus familiares, su jefe o su compañía de seguros.

También es cierto que la nutrigenómica puede estar involucrada en las estrategias de salud pública para reducir la incidencia de padecimientos en donde la dieta sea un factor determinante, como prevenir la diabetes o la obesidad. Aunque existen otras aplicaciones que no estén relacionadas con la salud; por ejemplo, los deportistas pueden desarrollar objetivos específicos solo con la dieta.

La toma de muestras a la población para realizar investigación es otro tema de discusión. Algunos gobiernos como el de Estados Unidos y el Reino Unido, cuentan con bancos genéticos. Estos bancos consisten en muestras de sangre tomadas a distin-

tos grupos de sus respectivas poblaciones. Se puede temer a que estos bancos sean utilizados con fines distintos a la investigación y que puedan usarse para discriminar a un sector de la población, o para dirigir de manera sesgada las políticas de salud pública. Por lo que tiene que tenerse especial cuidado en cómo se manejan estos bancos y la información que se genera de ellos. Debe de existir un consentimiento del individuo al que se le tome la muestra, siendo informado del uso que se le dará a esta, garantizando el anonimato y la confidencialidad.

Un grave problema con el consentimiento de toma de muestra para un banco genético, es que el individuo a pesar de haber recibido la información no la comprende plenamente. Y aunque hay muy poco riesgo al tomar una muestra de sangre, pero puede ser muy alto con respecto al potencial abuso de la información que se obtenga con su muestra.

En esta situación, se desarrolló un marco ético alternativo, donde se han introducido conceptos como el de solidaridad y equidad, que se recogen por el Comité de Ética de la Organización del Genoma Humano (*Human Genome Organisation Ethics Committee*). Aquí se establece la idea de que las bases de datos son un bien común, por lo que hay una razón moral para contribuir, como un acto de reciprocidad por los beneficios que de estas se obtienen.

Uno de los resultados obtenidos de estos bancos genéticos es la dieta personalizada, que ha estimulado un amplio debate acerca de las consecuencias éticas y legales de la individualización. De hecho, se ha resaltado las consecuencias negativas de la personalización: por ejemplo, ¿qué pasará con las cenas familiares cuando la dieta personalizada sea una realidad? Cuando la personalización signifique que se necesite hacer grupos de nutrición (grupos con etiquetas como “alto riesgo de obesidad” o “grupo de bajo riesgo de enfermedades cardiovascula-

res”, por poner un ejemplo), entonces tal vez tengamos una idea de los aspectos éticos y sociales que esto encierra.

Por el contrario, ser clasificado en un grupo no es un acto neutral. Se necesitan delimitar límites entre los grupos de nutrición mediante la definición de criterios que distingan entre las membrecías de grupos de este tipo. Tanto el acto de clasificar como las consecuencias de una clasificación así, darán lugar a una nueva discusión social y ética. Sabemos que la creciente industria de seguros para atención médica, no se desenvuelven precisamente con un rigor ético, por lo que el tener acceso a esta información puede hacer que se nos niegue una póliza por el hecho de pertenecer a un grupo de “alto riesgo”. Una etiqueta de este tipo pudiera ser empleada por las empresas para negar un trabajo, por un club social para negar el ingreso al mismo, o peor aún, el surgimiento de grupos fascistas que cambien la discriminación hacia un grupo étnico por la discriminación a un grupo genético.

En el caso de las intervenciones del gobierno en el ámbito de la salud pública, un obstáculo es que el análisis de la población, en lugar de hacerlo de manera individual, además de los falsos negativos y falsos positivos, puede hacer que una persona se sienta en libertad de comer lo que se le antoje sin sentimiento de culpa. Usando como analogía el alcoholismo y el tabaquismo, no todos los bebedores se vuelven alcohólicos ni todos los fumadores desarrollan cáncer de pulmón. Esto se debe a las diferencias genéticas, que afectan los riesgos a desarrollar alguna de estas enfermedades. Es fácil de entender que un fumador quiera saber si tiene alguna predisposición genética a desarrollar algún tipo de cáncer; sin embargo, esto no significa que pueda desarrollar algún otro deterioro como resultado de fumar. Este tipo de situaciones son un problema potencial debido a la interpretación de la información acerca de los riesgos.

Otra aplicación de la nutrigenómica está relacionada con los alimentos funcionales; donde puede argumentarse cuándo un alimento es realmente “funcional”. Los alimentos funcionales son aquellos de los que se dice tienen una acción específica de beneficio sobre la salud, este efecto benéfico va más allá de su contenido nutricional. Productos de este tipo se encuentran ya en el mercado, como son los fermentos probióticos y los alimentos bajos en colesterol.

Uno de los problemas éticos con este tipo de productos, es que al considerarse alimentos, no pasan por el estricto control que pasa un fármaco para salir al mercado y hay un vacío legal donde se obligue a las empresas que los comercializan, a que demuestren su acción de beneficio sobre la salud mediante un protocolo establecido, como ocurre con los fármacos. Tampoco existe una obligación legal, para realizar estudios de posibles efectos colaterales de estos productos.

Esta falta de legislación ha hecho que aparezcan una serie de productos milagro, que ofrecen beneficios para la salud e inclu-

sive la cura de enfermedades. Empresas que se manejan sin normas éticas, han aprovechado esta situación para lucrar con la falta de conocimiento de la población.

Una ciencia en desarrollo como lo es la nutrigenómica, puede ofrecernos, en el mejor de los escenarios, grandes beneficios para nuestra salud, con algunos riesgos, donde se ofrecen análisis genéticos de alta calidad y con esto una asesoría nutricional totalmente personalizada, esto en beneficio de la salud del paciente.

En este sentido, Gorostiza y González-Martín (2009) expresan: “Los beneficios potenciales de aprovechar el poder de la genómica para la prevención dietética de las enfermedades son enormes, y este es el enfoque que se considera de futuro para la investigación nutricional en la era pos-genómica.” Paralelamente al crecimiento de la nutrigenómica y al desarrollo de nuevas tecnologías que se aplican ya en la práctica clínica, avancemos también en la creación de un marco legal y ético para que nos podamos conducir apropiadamente.

Bibliografía

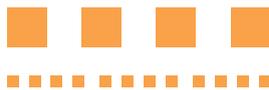
- BOWKER, GC.; & LEIGH-STAR, S. (1999). “Sorting things out: Classification and its consequences”. *Cambridge, MT & London: The MIT Press*.
- CASTLE, D.; RIES NM. (2007). “Ethical, legal and social issues in nutrigenomics: the challenges of regulating service delivery and building health professional capacity”. *Mutat Res*. 622(1-2):138-43.
- CHADWICK, R.; HENSON, S.; MOSELEY, B.; KOENEN, G.; LIAKOPOULOS, M.; MIDDEN, C.; PALOU, A.; RECHKEMMER, G.; SCHRO, DER.; & VON WRIGHT, A. (2003) “Functional Foods”. *Wissenschaftsethik und Technikfolgenbeurteilung Series, vol. 20. Heidelberg, Germany: Springer Verlag*.
- CHADWICK, R. (2004). “Nutrigenomics, individualism and public health”. *Proceedings of the Nutritional Society*. 63:161-166.
- CASTLE, D.; CLINE, C.; DAAR, C.; TSAMIS, PA. (2006). “Nutrients and norms: ethical issues in nutritional genomics” in: J. Kaput, R.L. Rodriguez (Eds.). *Nutrigenomics: Concepts and Technologies, John Wiley & Sons, New Jersey*.
- GOROSTIZA LANGA, A.; GONZÁLEZ-MARTÍN, A. (2009). “Genómica nutricional”, en: Morales González JA. Et al. (Eds). *Los antioxidantes y las enfermedades crónicas degenerativas. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*.

- HUMAN GENETICS COMMISSION. (2002). "The Supply of Genetic Tests Direct to the Public: a Consultation Document". *London: Human Genetics Commission*.
- IBARRA-JUNQUERA, V.; TORRES, LA.; ROSU, HC.; ARGÜELLO, G.; COLLADO-VIDES, J. (2005). "Nonlinear software sensor for monitoring genetic regulation processes with noise and modeling errors". *Phys Rev E Stat Nonlin Soft Matter Phys*. Jul;72.
- KORTHALS, M. (2002). "The struggle over functional foods: justice and the social meaning of functional foods". *Journal of Agricultural and Environmental Ethics*. 15:315-324.
- MEIJBOOM, FL.; VERWEIJ, MF.; & BROM, FW. (2003). "You eat what you are: moral dimensions of diets tailored to ones genes". *Journal of Agricultural and Environmental Ethics*. 16:557-568.
- MÜLLER, M.; KERSTEN, S. (2003). "Nutrigenomics: goals and strategies". *Nature Reviews Genetics* 4:315-322.
- RIES, NM.; CAULFIELD, T. (2006). "First pharmacogenomics, next nutrigenomics: genotype or genohealthy". *Jurimetrics*. 46:281-308.
- SILVERSIDES, A. (2007). "The wide gap between genetic research and clinical needs". *Can. Med. Assoc. J*. 176:315-316.
- UNITED STATES GOVERNMENT ACCOUNTABILITY OFFICE NUTRIGENETIC. (2006). *Testing: Tests Purchased from Four Web Sites Mislead Consumers, US GAO*, Washington.
- VAN OMMEN, B. (2004). "Nutrigenomics: exploiting systems biology in the nutrition and health arenas" *Nutrition* 20:4-8.

Capítulo

19

Del derecho a la protección de salud y la implicación ética del ejercicio profesional del cirujano dentista



Mtra. María Cristina SIFUENTES VALENZUELA

LA ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), son organismos que insistentemente han gestionado políticas orientadas a alcanzar la salud de la población a nivel mundial. En tal sentido han señalado la necesidad de impulsar acciones que incidan en la protección de la salud, como un derecho universal. En México, este compromiso social está plasmado en el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que establece para toda persona el derecho a la protección de la salud.

Con el objetivo de atender las demandas que la sociedad ha formulado sobre las

deficiencias del prestador de servicios de la salud y resolver los conflictos suscitados entre los usuarios y éstos, tanto de carácter público, como privado y social que ello ha generado, el Ejecutivo Federal decretó la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) a principios de junio de 1996. Con ello el Estado buscaba contribuir a la calidad y eficiencia de los servicios médicos y dentales que se ofrecen a la población.

La garantía del derecho a la protección de la salud, considerado en la constitución, consolida nuestro sistema de justicia social, y respalda las bases para el acceso a los servicios de salud y protección de la misma,

sin embargo, la seguridad para la cobertura integral y de calidad es una meta que aún no ha podido alcanzarse, debido entre otros aspectos a la incapacidad operativa del sector salud, así como a la diversidad de condicionantes en que las personas nacen, crecen, viven, se reproducen, trabajan, envejecen y mueren.

Con base en diversas investigaciones sobre el tema, se concluye que la deficiencia y el contraste en las condiciones de vida son consecuencia de diversos factores estructurales, que en conjunto determinan la organización social: políticas y programas sociales deficientes, acuerdos económicos injustos y una mala gestión política, que combinadas, son en gran medida, el motivo fundamental por el que un gran número de personas de todo el mundo no puedan gozar de la buena salud, como condición humana y que evidencian la injusticia social e inequidad sanitaria. Este problema, se presenta en mayor medida en el área odontológica, en donde la atención es limitada y circunscrita a procedimientos odontológicos curativos y mutiladores. Asimismo, esta condición se acentúa aún más, dado que el 90% de la atención odontológica se realiza en consultorios privados, situación que explica porqué aún no se ha logrado abatir el rezago en materia de salud bucodental, como lo muestran los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Caries Dental del 2001, en los cuales se estima una prevalencia de caries del 90%. Con base en estos resultados, podemos afirmar, que el incumplimiento del derecho que tienen las personas de protección de la salud, se deriva principalmente por el alto costo que representa el acceder al servicio de atención odontológica prevalente.

En este contexto, existen aspectos y tendencias sociodemográficas, que intervienen y que dada su complejidad, nos enfrentan a necesidades en salud diferentes (presentes y futuras), cuya solución demanda una práctica profesional de calidad, que coadyuve

al derecho que tiene la población de protección a la salud, así como a disminuir las demandas que puedan generarse como consecuencias de una práctica profesional irresponsable, en sintonía tanto con la dinámica demográfica, como con los cambios sociales del nuevo milenio.

En el terreno demográfico, México experimenta dos procesos de enorme trascendencia, el primero relacionado con la disminución de la mortalidad general e infantil, que combinado con el descenso acelerado de la fecundidad, han producido el envejecimiento de la población, aumentando la proporción de personas de mayor edad en la estructura poblacional y las expectativas de vida. Estas personas indudablemente experimentan procesos de enfermedad que requieren de una atención más compleja y una responsabilidad mayor por parte del profesionista. El segundo proceso demográfico tiene que ver con la distribución espacial de la población, en donde se hace más evidente la concentración acelerada y desordenada de población urbana, propiciando nuevos riesgos para la salud, que demandan perfiles profesionales altamente capacitados que den respuesta eficiente y específica a estas nuevas necesidades en salud.

En lo social se destaca el incremento general de los años de escolaridad y una mayor presencia relativa de la mujer, que al generar mayores conocimientos, intensifican la interacción con los prestadores de servicios y por tanto, aumenta la demanda por la calidad de los servicios, situación que exige una actualización permanente para ejercer con eficiencia la práctica profesional, así como, la designación de un mayor espacio del cirujano dentista (por el nuevo rol asignado) como promotor de la salud de la población.

En este sentido, la creciente demanda de la población a los servicios médicos, los avances científicos y técnicos en el área de la medicina, el mayor acceso a la información de las personas para solicitar mejor

atención, que al adquirir más conductas de consumidor (selecciona varias ofertas, compara precios y servicios, entre otros) han contribuido a ser cada vez más efectivo el ejercicio del derecho a la protección de la salud, tanto al acceso como a la calidad de la atención, siendo este último punto el que debiera normar toda actividad profesional.

Ante tal escenario, la actividad profesional del cirujano dentista en México, o especialistas del área odontológica plantea un número importante de riesgos, lo cual conlleva a reconocer que no siempre se pueden garantizar resultados positivos en el paciente, sin que ello implique necesariamente desatención o negligencia por parte del profesionista. Esta situación, ha influido en un cambio de actitud por parte del paciente (críticos y desconfiados) en respuesta a experiencias insatisfactorias -maltrato o atención dental deficiente-, que se refleja en las denuncias contra los profesionales de la salud bucal. En este sentido del análisis de dichas denuncias se infiere el conocimiento que poseen en el ámbito médico odontológico y jurídico, quienes solicitan servicios de óptima calidad profesional. De hecho en algunos casos pueden consultar a otros profesionistas antes de tomar una decisión y cuestionar cualquier indicación recibida, así como formular su demanda legal cuando los resultados no le satisfacen. De acuerdo con las quejas concluidas por especialidad en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico CONAMED, en el 2010, el 7.6% correspondieron a especialidades odontológicas y odontología general (Figura 19-1). Cifras que si bien no representan un número alarmante, no pueden tomarse como representativas de la realidad, dado que aún no existe un nivel cultural en la población que promueva el ejercer ante esta instancia el derecho de protección a su salud.

Asimismo, de acuerdo con este reporte, de las 127 denuncias formuladas a especialidades odontológicas y odontología

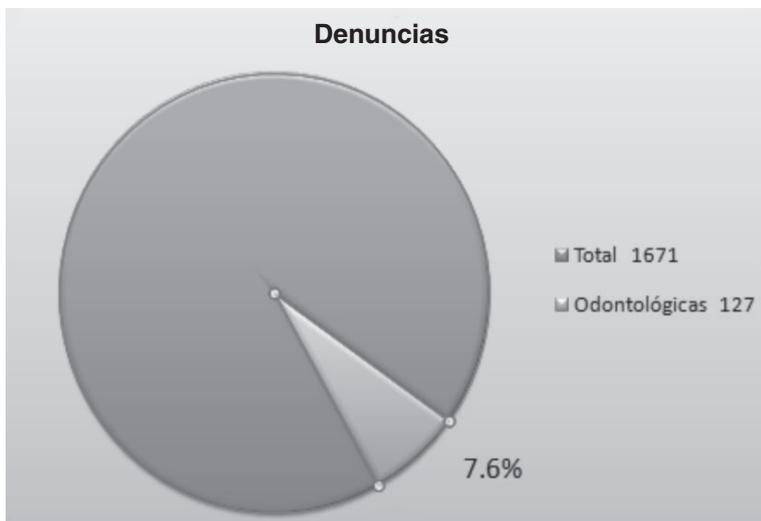


Figura 19-1 Quejas concluidas por especialidad en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 2010.

general (Figura 19-2), se destacan en los primeros lugares con el 43.30% la especialidad de prótesis maxilofacial, seguida con un 14.10% a eventos ocasionados en la odontología general, con un 13.30% la especialidad de endodoncia y con 9.40% la especialidad de implantología. Problemas que pueden explicarse, por la falta de cuidado e incapacidad para realizar un procedimiento determinado, tal circunstancia se puede señalar en el porcentaje tan alto que ocupa las actividades realizadas en la especialidad de prótesis maxilofacial e implantología, dado que los avances de la ciencia y la tecnología se han dado de manera significativa en la colocación de implantes para restaurar la ausencia de dientes, así como el empleo de material estético para la rehabilitación de estructuras, cuya habilidad demanda una preparación profunda y sistemática, que sólo puede respaldarse con un programa educativo de alta especialidad para profesionistas.

Es ineludible la presencia del daño y afectación del paciente por una actitud irresponsable del cirujano dentista o especialista, sea éste consecuencias de su desconocimiento o de su falta de aplicabilidad de la normativa legal que rige su profesión:

Denuncias por especialidades

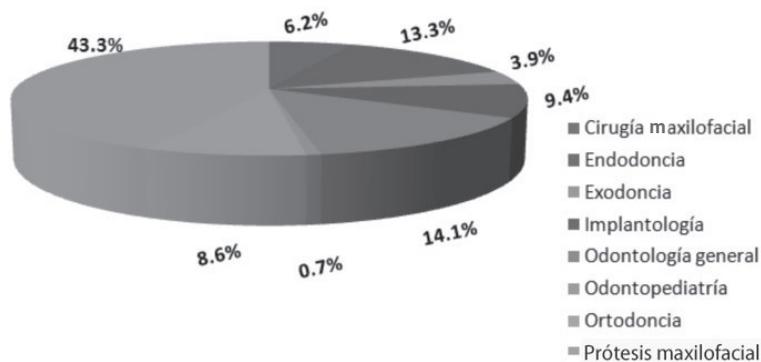


Figura 19-2 Quejas concluidas por especialidad en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 2010.

norma oficial mexicana, cartas de derecho, código de bioética para el personal relacionado con la salud bucal, Ley General de Salud y Ley General de Profesiones, entre otras. Es decir, el profesional omite, llevar a cabo la realización del acto estomatológico de diagnóstico y rehabilitación que asegure el cumplimiento jurídico en su proceder día a día. Esta actitud le hace más vulnerable a las demandas, en el marco del compromiso contractual, que rige la relación cirujano dentista-paciente en el cual no sólo se establecen deberes y derechos a cada uno, sino también responsabilidades por el incumplimiento de las partes y por tanto, una creciente regulación social de la práctica estomatológica, como acción social complementaria para la protección de la salud.

El número de quejas y denuncias originadas por la prestación de servicios odontológicos en la actualidad, nos obliga a reflexionar acerca de las causas que lo han motivado y sobre todo, exige particularmente a los cirujanos dentistas un conocimiento legal y profundo sobre la materia, pues en la solución de estas controversias está involucrado uno de los intereses fundamentales que le asiste a todo mexicano: el derecho a recibir prestaciones de salud bucal oportunas y de

calidad idónea, y en cuyo caso, implica el reconocer, a partir de la responsabilidad que adquirimos como prestadores de servicios de salud bucal, la obligatoriedad de responder por los daños ocasionados que surgen por negligencia, impericia, imprudencia y premeditación durante la prestación de servicios médico estomatológicos.

En este sentido, nuestro ejercicio profesional hace necesario conocer que lo anterior, puede dar lugar a diversos tipos de responsabilidad: civil, administrativa y penal. En el ámbito odontológico, la **negligencia**, jurídicamente corresponde a la falta del cuidado que se requiere para la ejecución de un procedimiento o acto determinado; la **impericia** se relaciona con la falta de habilidades o la aplicación correcta de los conocimientos técnico-básicos e indispensables que debe poseer el cirujano dentista; la **imprudencia** corresponde a actividades o metodologías con apresuramiento que pone en riesgo la salud de las personas; y la **premeditación** o ignorancia, se relaciona con el inadecuado manejo de alguna técnica o procedimiento específico, que pone de manifiesto el desconocimiento de los principios fundamentales, conocimientos de vanguardia y aplicación integral de los procesos técnico científicos de la profesión o especialidad a la que se dedican, o bien al incumplimiento y/o desconocimiento de leyes y normas que rigen la profesión, como se muestran en la quejas atendidas por CONAMED en el 2010. Estas actitudes pueden propiciar alteraciones en el estado del paciente: positivas o benéficas, o bien negativas o nocivas que constituyen las iatrogenias mismas que desde la perspectiva legal corresponden a fuentes importantes de responsabilidad de los cirujanos dentistas, motivo de las demandas.

Las iatrogenias derivadas de la mala práctica o mal praxis del cirujano dentista, de acuerdo con Carrillo, son consecuencia de diversos factores que intervienen y que desde nuestro punto de vista, algunas de

ellas se propician desde la formación profesional en los centros educativos, en donde las instituciones de educación superior juegan un papel predominante, como se muestra en la **Tabla 19-1**.

La declaración de la Asociación Médica Mundial sobre negligencia médica menciona que el aumento de las denuncias médico odontológicas en general por este motivo puede ser resultado de las siguientes circunstancias, que pueden minimizarse en la medida en que los profesionistas cuenten con las competencias cognoscitivas, procedimentales y actitudinales que demanda el perfil del cirujano dentista o especialistas, y que deberán asegurarse en los instituciones educativas durante su formación.

La vertiginosa y exponencial generación de conocimiento de la disciplina y las nuevas tecnologías, hacen necesario a los profesionistas del área de la salud un aprendizaje continuo y permanente, con la

finalidad tanto de acceder, como de aplicar adecuadamente los avances de la ciencia y la técnica, en tanto condicionantes para atender con eficiencia los nuevos riesgos en su aplicabilidad, que, como hemos visto, por falta de impericia e ignorancia pueden ser graves en algunos casos. La atención urgente de esta falencia permitirá atender los nuevos perfiles epidemiológicos y demandas sociales en el establecimiento de la salud. Las consecuencias de la conducta antes mencionada, así como la elaboración incorrecta y la mala integración del expediente clínico-estomatológico, son competencias y habilidades que se originan desde la formación del profesionista en las aulas. En cuyo caso, las instituciones de educación superior formadores de recursos humanos, tienen una indiscutible participación.

En tal contexto, la acreditación de programas, y la certificación de profesionistas resultan procesos indispensables que permiten

Tabla 19-1. Factores asociados con los daños ocasionados a pacientes.

El excesivo alumnado por parte de escuelas lo cual impacta en una formación despersonalizada Carencia y/o deficiencia de conocimientos bioéticos, deontológicos y jurídicos que respalden una práctica médico estomatológica responsable	Negligencia, impericia, imprudencia y premeditación
Carencias o deficiencias en la elaboración de un expediente clínico estomatológico Carencia o deficiencia de la carta de consentimiento bajo información al recabarse y/o otorgarse información deficiente durante su elaboración	Impericia y premeditación
Los criterios establecidos en los programas educativos para la acreditación de las asignaturas, en donde se antepone la realización de un determinado número de procedimientos odontológicos, con lo que se propicia una deficiente comunicación y relación con el paciente, sacrificando su beneficio	Negligencia e impericia
Falta de seguimiento de los diferentes tratamientos de intervención durante y después de su conclusión Deficiencias en las consultas, tanto materiales como humanas	Negligencia
El ingreso a la carrera de estudiantes que no cuentan con la vocación de servicio, reflejándose con la apatía y desinterés en la realización de su práctica profesional	Imprudencia
Falta de actualización por parte de los profesionales postgraduados, que evidencia las deficiencias éticas y actitudinales que deben fortalecerse durante su trayectoria escolar Falta de coordinación y comunicación de los cirujanos dentistas con especialistas de la disciplina	Premeditación

validar acerca de la pertinencia de los programas académicos, en función de las habilidades cognitivas, procedimentales y actitudinales que el egresado debe poseer para el ejercicio profesional de calidad, en una primera fase, así como con la certificación que constate la actualización y superación permanente de los egresados como parte fundamental para la realización de la práctica profesional, con la responsabilidad de su ejercicio previstos en el código penal, en la Ley de Profesiones y en la Ley General de Salud.

El Consejo Nacional de la Educación Odontológica (CONAEDO), es un organismo a nivel nacional integrado por representantes de la Federación Mexicana de Escuelas y Facultades de Odontología (FMFEO), por el Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas, por la Asociación Mexicana de Odontología, por el Centro Nacional de Evaluación (CENEVAL), por la Secretaría de Salubridad y Asistencia representando al IMSS, ISSSTE Y SEDENA, la Secretaría de Educación Pública y por la Asociación Mexicana de la Industria y Comercio como socios invitados, responsable de la acreditación de programas académicos de cirujano dentista a través de la Comisión de Acreditación y por la Comisión de Certificación que otorga la idoneidad a los diferentes colegios para el otorgamiento de la certificación profesional del cirujano dentista y de las diferentes especialidades. El CONAEDO, tiene como misión, llevar a cabo la validación de programas académicos, por pares, quienes verifican que la entidad cuenta con programas, proyectos y procesos académicos convenientes, así como con los recursos indispensables que respalden su proyecto educativo. Actividad que permite atender áreas de oportunidad para mejorar sus procesos e incidir de manera importante en la calidad del ejercicio profesional de los estomatólogos, dada la obligatoriedad en la atención de sugerencias y recomendaciones con este fin.

La acreditación de los programas es un acto voluntario de la institución, que al

abrirse a un proceso de evaluación, en sí misma refiere su compromiso y responsabilidad social en correspondencia con su misión y razón de ser. En este contexto, el CONAEDO pone especial atención en la revisión de los planes y programas de estudio, la existencia de asignaturas que contemplen la generación competencias profesionales y conceptos que garanticen un práctica profesional asertiva, como lo son la aplicación de los principios éticos y legales de la profesión.

Actualmente, 68 facultades y escuelas de odontología pertenecen a la FMFEO, 42 de ellas ha obtenido la acreditación de sus programas, representando el (67%), y 22 han alcanzado la reacreditación. La acreditación se otorga por cinco años. El dictamen que sustenta este reconocimiento, incluye un informe detallado de las fortalezas y actividades recomendables para mejorar los procesos, por lo que se constituye en un proceso hacia la mejora continua de las instituciones.

La responsabilidad en la prestación de servicios de salud bucal implica hablar de obligaciones, de deberes de hacer y de no hacer, trayendo consecuencias al cumplirlas y sanciones al no cumplir con estas. La responsabilidad profesional médica-odontológica, es la obligación que tienen los profesionales de la salud bucal de reparar y satisfacer las consecuencias de sus actos, omisiones y errores e incluso involuntarios dentro de ciertos límites, cometidos en el ejercicio de su profesión.

El conflicto es una constante en la vida social, en donde se comparten necesidades y expectativas, y la forma en que se manifiestan y regulan dichos conflictos puede ser muy variada. Ante tal situación, es conveniente que el cirujano dentista actúe con apego a la ley, para que de esta manera prevenga cualquier controversia, así como en el marco de los principios bioéticos, de modo que en todos los actos que hacen a su ejercicio profesional prevalezca tanto la calidad como la calidez exigidas por aquellos.

Respecto al análisis de los actos u omisiones que suelen originar tanto quejas e inconformidades como querrelas y denuncias por prestación de servicios de atención médica estomatológica, es posible identificar tanto debilidades en las competencias profesionales, como falta de ética y vocación profesional, como lo muestran los siguientes:

- Error en el diagnóstico, derivado de la mala interpretación del cuadro clínico o de algún estudio repercutiendo en el tratamiento equivocado (competencias profesionales-formación).
- Efectuar tratamientos que no estén indicados, a pesar del diagnóstico correcto (vocación).
- El abandono del paciente, cuando sin razón alguna, se niegue la asistencia, o no se dé seguimiento a la evolución del paciente en una intervención quirúrgica o tratamiento efectuado (ética-formación, vocación).
- Realización de tratamientos médico-quirúrgicos de diagnóstico y/o tratamiento no autorizado por el paciente (competencias profesionales, ética-formación).
- Inadecuada elaboración, integración y uso del expediente clínico-odontológico por descuido o no aplicabilidad de la norma oficial mexicana, que afecta la atención médico-odontológica.
- Aplicación de técnicas quirúrgicas de manera incorrecta (competencias profesionales, ética-formación y vocación).
- Resultados no satisfactorios, el tratamiento no cubre las expectativas inicialmente propuestas, incluyendo también las secuelas derivadas del tratamiento (competencias profesionales, ética-formación).
- Olvido del material quirúrgico en el campo quirúrgico (competencias profesionales, ética-formación, vocación).
- Demora prolongada para obtener servicios (ética-formación, vocación).

- Falta de utilización de medios de apoyo, radiografías y estudios de laboratorio (competencias profesionales, ética-formación).
- Falta o deficiencia de la información al paciente (competencias profesionales, ética-formación).
- Maltrato o trato inadecuado, atención agresiva o descortés (ética-formación, vocación).

Lo anterior, muestra la necesidad de impulsar estrategias de intervención interinstitucional, en donde los sectores involucrados lleven a cabo las adecuaciones en sus programas o proyectos que coadyuven a la calidad de sus procesos, especialmente las instituciones de educación superior, dada la incidencia que tiene en la formación de sus egresados la realización de una práctica profesional de calidad, y en donde la FMFEO y el CONAEDO, se constituyen en organismos fundamentales para el logro de este propósito, como reguladoras de la mejora continua de las instituciones.

De la ética y la responsabilidad profesional y su impacto en la protección de la salud

En el código de bioética de la Asociación Dental Mexicana (ADM), se menciona a la bioética como la parte de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del ser humano, o bien como el estudio de valores de sus relaciones con las pautas y planes de acción, esto es, el estudio filosófico de los fundamentos de la conducta buena o mala, es por ello que se considera supra social. En este contexto la ética profesional, tal como la define Augusto Hortal se centra en el tema del bien. De acuerdo a lo considerado por el autor la ética profesional tiene como instancia última la conciencia individual, así con base en lo señalado en el código de

bioética de la ADM, la ética profesional es la ordenación sistemática de principios, normas y reglas establecidas por un grupo de profesionistas, con el fin de regular y dirigir la conducta moral de sus miembros.

En este sentido, resulta fundamental en el ejercicio de la profesión tener conciencia de la responsabilidad que implica en esta actividad aplicar la normatividad establecida por los grupos profesionales, para orientar nuestras conductas hacia la consecución de los beneficios de la profesión como el fin último de nuestro compromiso social, independientemente de la circunstancia o el contexto en donde se aplique.

La ética profesional la podemos definir como: “El bien que realizamos los profesionales cotidianamente en concordancia con los propósitos de la profesión odontológica que son: cuidar y restablecer la salud bucodental de la población, con apoyo de los conocimientos y técnicas disponibles en un momento histórico determinado”.

El bien que se obtiene ejerciendo adecuadamente una determinada profesión constituye el mejor criterio para decidir quien es buen profesional tanto en el sentido de su competencia técnica como en principio de su ética. En este sentido la ética profesional la constituyen las acciones profesionales que ejercemos para rehabilitar integralmente al paciente proveyéndolo de los conocimientos y acciones personales para el mantenimiento de su salud, independientemente del sector social al que pertenezca.

En este contexto, el bien lleva implícito el reconocimiento del ser humano (con sentimientos, capacidades, intereses, valores) que deposita en nuestra profesión la confianza para obtener el máximo beneficio que la profesión en sí misma le representa, y es aquí en donde las instituciones educativas deberán ponderar como condición fundamental en el perfil profesional, tal declaración, destacando que el paciente no es meramente objeto o destinatario (beneficiario)

de estos servicio es sujeto de derecho que debe ser respetado, tomado en consideración, dándole la oportunidad de decidir respecto a la intervención propuesta, con base a la información proporcionada por el profesional (ética), como principio de autonomía, y como un condicionante esencial de protección a la salud y derecho individual.

Este aspecto, como bien lo expresa Augusto Hortal, conlleva la comprensión de las contribuciones que hacemos los profesionistas en nuestra actividad, a partir de la premisa de que somos técnicamente competentes y moralmente responsables, esto implica la consideración de un principio fundamental que rige nuestras relaciones, el de beneficencia o actuación en beneficio, nunca en perjuicio del paciente en cada servicio profesional, lo cual sólo se puede alcanzar ejerciendo justamente bien dicha práctica, dado que el profesional sabe mejor lo que le conviene a quien acude a él; por eso se acude a él, y él actúa en bien de quien acude a él.

En este punto, es interesante destacar, que es elemental que los que participamos en la formación de los futuros profesionales, conozcamos los fines del proyecto educativo de la institución en la que participamos; no se puede concebir una ética profesional si desconocemos el fin último de la profesión, podemos garantizar una formación competente en la técnica, excelentes rehabilitadores, conocedores de los materiales de vanguardia, capacitados, actualizados, pero si no se tiene claridad del beneficio que la profesión promueve (salud bucal para la población mexicana, y disminuir la morbilidad, entre otros) descontextualizados de las determinantes y de las necesidades individuales, es muy probable que la ética profesional sea mal interpretada y las conductas guiadas disten mucho de lo que concierne a la ética de su profesión.

En esta tesitura, vale la pena considerar el principio de justicia por la implicación que tiene la ética social con la ética profesional. El ejercicio profesional tiene lugar en

un espacio social, con recursos escasos, con necesidad de compatibilizar o jerarquizar demandas plurales, ya que no es posible dar la razón a todos y ofrecer a cada uno lo que desea o le conviene. Tenemos que aplicar criterios de justicia, ya no es la mera expertez profesional con su criterio de beneficencia la que decide acerca de una buena actuación; tampoco basta el interés y los derechos de los usuarios, tenemos que introducir un principio de justicia para arbitrar una distribución racional y justa de recursos escasos, teniendo que ponderar la importancia, la urgencia y las posibilidades sociales, en este sentido se tiene que partir del cuestionamiento: ¿Qué es justo para todos cuando no hay recursos para satisfacer las demandas de todos?

Los criterios de justicia, implican atender prioridades; ante tal circunstancia, en nuestro campo de trabajo, en donde el porcentaje de atención se circunscribe a los consultorios privados, la ética profesional del cirujano dentista lo aplica al considerar las necesidades de salud bucal del paciente, así como sus posibilidades de acceso al tratamiento que se le ofrece (costo-beneficio) por lo que se debe otorgar todas las posibilidades de rehabilitación que existen, con sus debilidades y fortalezas, pero sobre todo desarrollar el programa educativo específico que respalden o fortalezcan las medidas preventivas personales que deberá realizar para mantener su salud, esto es formarlo para que de manera independiente lleve conductas saludables. Esto es lo justo, que las personas sepan porqué tienen el problema, qué elementos del entorno los propicia y cuáles son las mínimas acciones para prevenirlas, de hecho, esta situación nos obliga a contextualizar nuestra práctica profesional, para hacer propuestas viables de humanización de la vida de los hombres.

La ética profesional en odontología la constituyen las conductas que rigen nuestras acciones de servicio, la implicación que tiene este concepto en el área de la salud tiene una

trascendencia muy importante. El bien que busca la profesión, lo podemos considerar como el mantener en condiciones de salud las estructuras bucales, en este concepto, dado que el acercamiento de la población se da cuando se presenta el dolor, el cirujano dentista debe tener la capacidad de poder atender y aliviar dicha situación, si no lo pudiese resolver debe canalizar al paciente con el especialista indicado para que lo resuelva.

Ante los aspectos considerados, es tan difícil y compleja una ética profesional en una sociedad como la nuestra en la que cada cual vive en su mundo, y casi solo escucha a los que piensan más o menos como él, en donde la tolerancia y el reconocimiento del otro como un ser humano que siente, que vive, que no tiene, o que tiene poco, que piensa y que también tiene derecho a ser escuchado, pasa a un segundo término; el bien que se obtiene ejerciendo bien una determinada profesión (ética profesional) se constituye en el bien personal y profesional de alguien, pero para nada en una ética profesional. Si no se tiene en cuenta el contexto (qué comen, cómo viven, cuánto ganan, cuánto duermen, entre otros) la ética pierde realidad y deja de hacer propuestas viables de humanización en la vida de los hombres, y seguirá promoviendo la gran brecha entre los que más tienen (beneficiados) y los que menos tienen (desprotegidos).

La práctica profesional, por tanto, incluye el sentido de **responsabilidad social** apeándose a los principios éticos y legales de la profesión, bajo el precepto de que la salud es **uno** de los **valores fundamentales** del individuo y de la colectividad, ubicando a los problemas de salud bucodental, dentro del marco de la problemática de salud del país, consciente de su importancia social, en cuya actuación es ineludible la consideración de las siguientes premisas, como normas que deben regir su ejercicio profesional para asegurar la calidad de los servicios, así como estrategias para la prevención de conflictos.

- **Comprender** el proceso de salud enfermedad como un **fenómeno multifactorial**, en el que intervienen determinantes biológicas, psicológicas, económicas, sociales y culturales.
- **Conocer** las características biopsicosociales del individuo o grupo sociales en donde realiza su práctica.
- **Conservar** una **actitud reflexiva y analítica** en relación al desarrollo de sus actividades profesionales.
- **Desarrollar** una práctica profesional apegándose a los preceptos científicos.
- **Revisar y aplicar** continuamente la información que se genere en su campo profesional.
- **Desarrollar** trabajo en equipo en forma **interdisciplinaria** con otros profesionales.
- **Conocer** los límites de su competencia profesional, remitiendo al especialista aquellos casos que no le competen.
- **Aplicar** en forma **individual y/o comunitaria**, **medidas de prevención primaria, promoción de la salud y protección específica**, para las enfermedades buco dentales más frecuentes.
- **Limitar** el daño ocasionado por la enfermedad, rehabilitar al individuo, restaurando las funciones perdidas, devolviéndole la integridad biopsicosocial.

La protección de la salud, es una condición que debe regir en todo acto profesional, por tanto, los profesionistas del área de la salud tienen la responsabilidad de cuidar, procurar y promover en toda intervención este derecho constitucional, cuyo fin último será propiciar la calidad de vida, independientemente del perfil de las personas.

Bibliografía

- CARRILLO L. La responsabilidad Profesional del Médico en México. 5ta ed. Cd. México: Editorial Porrúa, 2005pp1-61.
- CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. Capítulo 1. De las garantías individuales. Artículo cuarto.
- CONTACTO DIGITAL. NOTICIAS/nacional/23572-recibe-conamed-en-el-2010-mil-652-quejas-por-negligencia-medica. 03 de abril de 2011.
- CHAN. M. Regreso a Alma –Ata, 2008. http://who.int/topics/primary_health_care/es. Consultado el 10 de abril de 2011.
- GARCÍA I. Procedimiento Pericial Médico-Forense. Normas que lo rigen y los Derechos Humanos. 2da ed. Cd. México: Editorial Porrúa, 2005.pp 41-67.
- HORTAL A. Ética general de las profesiones. Bilbao: Desclee de Brouwer. 2002.Pp .35-51. <http://www.juridicas.unam.mx/publica/rev/boletín/cont/92/aert/art1.htm>
- <http://www.adm.org.mx/ckfinder/userfiles/files/codigo-bioetica.pdf>. 23 de abril de 2011.
- http://www.conamed.gob.mx/estadistica/pdf/SINTESIS_2010/cuadro_13_2010.pdf. 20 de abril de 2011.
- Plan de Estudios de la carrera de Cirujano Dentista. Facultad de Odontología. Pp.55-56.
- Tena C. Hernández F. La Comunicación Humana en la relación médico –paciente. 1ra ed. Cd. México: Edit. Prado, 2005. Pp 319-337).
- VALLE A., VARELA H. Arbitraje Médico Análisis de 100 casos. 1ea ed. Cd. México: Edit. JGH, 200 pp 24-25.

Sección IV

Dilemas médicos





Introducción Sección IV



El paciente nunca es “objeto”, es “sujeto”.

Anónimo

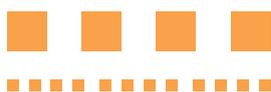
MSP Luis Enrique DÍAZ PÉREZ

DEBIDO A SU aparición como las primeras ciencias de la salud, las ciencias médicas se han erigido como el núcleo del modelo de atención a la salud vigente en el mundo occidental, en consecuencia han acumulado las mayores experiencias, por ello constituyen una sección específica de esta obra colectiva.

Dolor y muerte, atención médica, innovación tecnológica son algunos de los as-

pectos que se encuentran presentes en los siguientes capítulos donde el factor común es la interrogante: ¿Qué hacer ante una situación determinada? Es posible que a la lectura, usted no esté de acuerdo con el planteamiento que hacen los autores, pero ese no es el punto sino más bien, de haber estado en esa circunstancia, ¿qué es lo que usted habría hecho? Tal vez no haya muchas –mejores– alternativas.

Muerte digna



MSP Graciela NAVA CHAPA

LA MUERTE es un tema que siempre causa controversia, del que no se habla, es decir no puede ser tema de conversación pues es más fácil hablar del tiempo. No obstante los seres humanos sabemos que vamos a morir, no sabemos cuándo ni cómo, pero es claro que el ciclo de la vida termina en la muerte, por tanto como diversos autores mencionan la reflexión importante no está en la muerte, sino en la vida y en como la vivimos.

La muerte en la cultura

El ser humano al ser consciente de que va a morir ha sido capaz de establecer ritos, mitos y creencias sobre una “vida” después de la muerte. Desde la prehistoria se han en-

contrado entierros con flores o con armas y vasijas, lo que hace pensar que se preparaba al difunto para la otra vida.

La creencia de la inmortalidad ha sido de las más frecuentes en diferentes culturas como la egipcia. Las aportaciones de los filósofos como Platón que manifiesta la integración del cuerpo con el alma como un evento fortuito ya que el cuerpo es la cárcel del alma, y por ello es preferible morir para liberar el alma. En contraparte Aristóteles plantea al ser humano único e irrepetible en que alma y cuerpo se desarrollan en paralelo y a morir el cuerpo, el alma vuelve al infinito, nos explican otras creencias sobre la muerte, como la reencarnación o la muerte renacimiento en otro mundo mejor que este.

La importancia de comentar estas ideas es que el ser humano siempre ha tratado de explicar que pasa después de la muerte, con lo cual, limita sus miedos o los acrecienta, y para el personal de salud es importante identificar en el paciente moribundo sus creencias, sin tratar de imponer las propias.

Las religiones han hecho aportaciones importantes sobre todo para el establecimiento de los ritos que permiten a la familia despedirse e iniciar el proceso de su duelo.

La manera de morir ha cambiado, sobre todo en países desarrollados y en las zonas urbanas de los países en desarrollo, pues se muere en hospitales rodeados de maquinas, personal altamente capacitado pero deshumanizado y lejos de la familia y de los seres queridos, ya sea por las normas hospitalarias o por la creencia de evitar la visita a los hospitales para evitar contagios y sin poder tomar decisiones sobre la propia muerte.

Entre definiciones

Así como el ser humano ha tratado de explicarse que pasa después de la muerte, también ha tratado de definir la muerte digna. En principio se define a la *eutanasia* como sinónimo de muerte digna, o buena muerte por la composición de la palabra: *eu*-bueno y *tanathos* muerte. Sin embargo las clasificaciones que se hacen de esta materia más bien parecen tratar de justificar diversas formas de morir en las que evitamos el desarrollo de un proceso natural.

Tenemos la EUTANASIA ACTIVA, cuando se aplican medicamentos para que el paciente muera, y un ejemplo de este método es el que aplico el doctor Kevorkian, también conocido como “doctor Muerte”, al ayudar a cientos de personas a morir. Otro ejemplo que traduce una decisión social es el caso de Holanda en donde está aprobada legalmente la eutanasia, cabe aclarar que la aprobación legal se da después 27 años de debates y que

la aprobación se acompaña de requisitos estrictos para evitar que cualquier persona pueda recurrir a ella. A continuación se detalla brevemente la cronología de esta aprobación.

1973. Un tribunal reitera la obligación de los médicos de prolongar la vida. Suspende durante una semana a una médica que administró a su madre una dosis letal de morfina.

1984. El Supremo revoca la condena a un médico que dio muerte a una mujer mayor que solicita la eutanasia en su testamento. Estableció que el doctor había resuelto apropiadamente el conflicto entre mantener la vida de un paciente y aliviar su dolor.

1993. El Parlamento aprueba una ley que regula los asesinatos piadosos, con una lista de 28 requisitos que los médicos deben seguir en casos de eutanasia. Los pacientes deben ser terminales, padecer un dolor insostenible y haber solicitado morir repetidamente. La eutanasia sigue siendo un delito castigado con 12 años de cárcel, pero los médicos que sigan las normas no serán perseguidos.

1994. El Supremo confirma la condena, pero declina imponer una pena, para un médico que ayudó a una mujer con un largo historial depresivo a suicidarse.

1995. Un tribunal juzga dos casos en los que los médicos acabaron con las vidas de dos bebés gravemente discapacitados. Determinó que, aunque se probó el asesinato, los médicos no debían ser castigados.

1997. El Gobierno inicia la reforma de la eutanasia tras identificar que un alto porcentaje de los casos no son comunicados por temor a ser juzgados.

1999. Comienza el trámite parlamentario de la ley para legalizar la eutanasia bajo estrictas condiciones.

2000. En noviembre, el Congreso aprueba el documento.

La eutanasia activa en niños aceptada por la sociedad de pediatría en Holanda ha causado controversia también, la recomendación se aplica en aquellos niños con una

pobre calidad de vida causada por la enfermedad y/o malformaciones graves.

En cuanto a la EUTANASIA PASIVA, establece dejar de actuar medicamente sin dar ningún soporte al paciente para dejarle morir, el caso de Terri Schiavo es un ejemplo de nuestro tiempo y tuvo una gran publicidad. Therese Marie Schiavo tenía 27 años cuando sufre un infarto de miocardio con paro cardíaco que le deja daños cerebrales graves y queda en estado vegetativo, el esposo después de tres años solicita reiteradamente que dejen de aplicar todo tratamiento contra el deseo de los padres de Terri que se proponen cuidarla, sin embargo la custodia legal es del esposo y el 18 de marzo un juez local aprueba su solicitud para dejar de alimentarla artificialmente, y fallece de inanición y deshidratación el día 31 de marzo de 2005 a la edad de 45 años, entre discusiones a favor y en contra de esta acción en todo el mundo.

Otras clasificaciones de eutanasia, son: la DISTANASIA o encarnizamiento terapéutico en donde se aplican medidas extremas para prolongar la vida y que en ocasiones se da por motivos económicos, en donde la muerte causa problemas en la familia por la herencia del paciente. Otra forma de encarnizamiento la vemos en la serie “Dr. House” quien da prioridad al diagnóstico, no importa cuántos estudios o pruebas terapéuticas tengan que realizarle al paciente dejando la ética y el humanismo de lado. Si bien para algunos médicos este programa es una parodia de ciertos personajes del hospital, es delicado que los jóvenes estudiantes de medicina crean que así deben comportarse en el ejercicio profesional.

La CACOTANASIA, se refiere a realizar la eutanasia sin solicitarlo, como el caso de un hospital de enfermos en Francia, donde el personal de enfermería aplicaba medicamentos para terminar con la vida de ancianos muy deteriorados.

Finalmente la ORTOTANASIA, que es considerada como la verdadera muerte dig-

na, significa aplicar medidas paliativas y permitir la muerte en las mejores condiciones de dignidad y calidad de vida. Para seguir con los ejemplos famosos, la ex primera dama de los Estados Unidos de Norteamérica Jacqueline Bouvier Kennedy–Onassis, después de haber lidiado con un linfoma decide salir del hospital y morir en su casa rodeada de sus libros y música preferidas, acompañada de su familia y amigos. Este caso nos hace reflexionar que la muerte nos hace a todos iguales, tener fama y dinero no evita el morir.

Después de esta presentación de definiciones nos preguntamos ¿por qué hay seres humanos que abogan por apurar la muerte de enfermos terminales?, este dilema se ha discutido ampliamente sin embargo no hay acuerdo, en este apartado continuare con los ejemplos:

La doctora Elisabeth Kübler-Ross, pionera de la tanatología quien describe en su autobiografía: “*La Rueda de la Vida*” sobre los últimos días de su madre después de un derrame cerebral que la deja con discapacidad para desarrollar las funciones elementales de la vida diaria y deciden internarla en una residencia para su atención, para “ser cuidada y protegida después de haber sido la cuidadora de toda la familia”.

Por otro lado, está la médica que inicia la cronología de la eutanasia en Holanda quien al ver a su madre con discapacidad y lo que ella considera un “gran sufrimiento” al no poder realizar las actividades cotidianas a las que estaba acostumbrada, decide adelantar su muerte. ¿Por que dos personas con el mismo tipo de formación toman decisiones diferentes ante un mismo hecho?

La toma de decisiones éticas tiene como base la formación moral de las personas así como su experiencia ética a lo largo de la vida y expertos en bioética han planteado que la corriente utilitarista (el mayor bien para el mayor número de personas) ha permeado en nuestra sociedad, nos movemos

por aquello que nos es útil, de tal manera que los incapaces no aportan a la sociedad y representan una carga, de la misma manera el enfermo terminal ya no aporta nada a la sociedad y aunque no se mencione explícitamente las actitudes ante estos pacientes lo demuestran. Otra corriente filosófica que predomina en nuestros días es el hedonismo, promovemos el placer y lo aceptamos como algo natural sin embargo negamos el dolor, por ello es difícil aceptar vivir con él. Epicuro quien promovió en el pasado esta corriente menciona sobre la muerte: “Así la muerte, la más temida de las enfermedades es nada para nosotros, dado que mientras existimos no está con nosotros y cuando llega, entonces nosotros no existimos”.

La corriente humanista acepta la vida con todos sus retos desde el bienestar, la enfermedad y el dolor, que se presentan por que estamos vivos, de otra manera no podríamos percibirlos. Es por ello que propone aceptar el proceso de morir con la naturalidad que sea posible manteniendo los cuidados que permitan paliar el dolor y las molestias que la enfermedad provoque. Los avances en farmacología y en tecnología médica permiten los mejores resultados sin adelantar innecesariamente la muerte.

El contacto de la doctora Kübler-Ross con una gran cantidad de pacientes moribundos le permitió identificar que muchos de estos pacientes se sienten deprimidos, abandonados o no están recibiendo tratamiento paliativo lo cual les hace difícil soportar las molestias propias de su estado y solicitan morir para dejar de sufrir. Para la familia del paciente terminal es difícil enfrentarse a escuchar las quejas de dolor, o las actitudes de enojo, depresión o negación del familiar enfermo, sin dejar de mencionar los aspectos económicos cuando no se cuenta con seguridad social u otro tipo de servicio. Se requiere de una gran dosis de amor y solidaridad humana para apoyar a un familiar moribundo.

Los cuidados paliativos

El objetivo de los cuidados paliativos es la mejoría de la calidad de vida del enfermo, en sentido amplio; atendiendo no sólo la dimensión física, sino también la psíquica y espiritual.

La OMS ha propuesto a los gobiernos miembros la organización de cuidados paliativos, dictando políticas orientadas a:

- Cuidar que el respeto por la autonomía de las personas se garantice, mediante la firma del consentimiento informado, en donde se explique claramente el tratamiento, sus beneficios y sus riesgos. De tal manera que pueda decidir voluntariamente mantenerse en el hospital o retirarse a su casa.
- Valoración de beneficios y riesgos por parte del equipo de salud para proponer el manejo adecuado a la situación real del paciente.
- Sobre la nutrición e hidratación tecnológicas, cuidar que no ocasionen molestias, de preferencia cuando el paciente está consciente valorar que desea.
- Ventiladores y maquinas de diálisis: pueden negarse cuando las molestias superan el beneficio.
- Valorar estado psicológico; es importante que un profesional de la conducta realice esta valoración para determinar el tipo de tratamiento.
- Es recomendable documentar toda suspensión de tratamiento y la causa.
- Ordenes de resucitación y no resucitación: la resucitación se vuelve dañina cuando no hay una mejora real, de preferencia debe tenerse la autorización previa al ingreso, de otra manera los familiares deciden previa información completa del médico.
- En todo hospital debe existir un comité de bioética, integrado por profesionales de la salud, personas de la sociedad

externas al hospital y alumnos de medicina.

- Los comités hospitalarios de bioética impiden que las decisiones sean tomadas solo por el personal médico, están obligados a fomentar el respeto por la persona su dignidad e integralidad, promueven una cultura de la ética en la atención y debe apoyar a los trabajadores de la salud en el arduo trabajo que implica la toma de decisiones complejas en el manejo del paciente.

Las formas de morir

En nuestro país la transición epidemiológica nos ha llevado a identificar un mayor número de muertes por enfermedades crónicas, las primeras cinco causas en el año 2007 fueron; la diabetes, enfermedad isquémica del corazón, cirrosis y otras enfermedades del hígado, enfermedad cerebro vascular y enfermedad obstructiva crónica, todas ellas cursan con complicaciones discapacitantes que generalmente llevan al paciente a una muerte lenta.

Por otra parte, la transición demográfica nos muestra una disminución de la población menor de 15 años y un incremento en la población de 65 y más años, con una mayor esperanza de vida que no significa calidad de la misma, pues más del 60% de la población mexicana llega a los sesenta años con enfermedades crónicas y a este grupo de edad además de las enfermedades antes mencionadas se incorporan los tumores como causa de muerte.

Por lo anterior es urgente que nuestro sistema de salud se prepare para incorporar

los cuidados paliativos como parte de los servicios de salud primarios.

En el mes de abril del 2008 el Senado aprobó por unanimidad, reformar la Ley General de Salud, para establecer la muerte digna a quienes enfrentan una enfermedad terminal, considerando para ello los cuidados paliativos. Con lo anterior se cuenta con la base legal, falta incorporar lo conducente en la operación de los servicios de salud.

Conclusión

Temas como la muerte siempre han sido controversiales, sin embargo para hablar de muerte digna es necesario reconocer la sacralidad de la vida humana y que todo artificio para aprobar la muerte anticipada es un homicidio aunque las razones pudieran ser piadosas.

El término eutanasia, ha sido interpretado de varias maneras, ya que “buena muerte” puede tener diferentes acepciones según formación y experiencia moral, el término ortotanasia es el que más se acerca a la muerte digna vista desde un enfoque humanista.

Se ha demostrado que el apoyo médico, psicológico, espiritual y familiar ayuda significativamente al enfermo terminal en el trance de recibir la muerte. Por ello es urgente la necesidad de implementar los cuidados paliativos en nuestro país es urgente, así como la información a la población sobre la elaboración del testamento para la aplicación de medidas extraordinarias. Con ello el paciente ejerce su autonomía y no deja a los familiares o al personal de salud tan difícil solución.

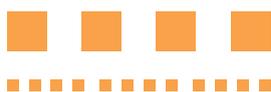
Bibliografía

DRANE F, J. (1999). El cuidado del enfermo terminal. Washington DC. OPS.

ESCRIBAR W, A.; PEREZ F, M.; VILLAROEEL S, R. (2004). Bioética: fundamentos y di-

- mensión práctica. Santiago de Chile. Editorial Mediterráneo p. 355-386.
- GUTIERREZ DE VELASCO, JI. (2000). Los Derechos Humanos. México Ediciones del Milenio. Primera Edición.
- IRWIN, W.; JACOBY, H. (2009). La filosofía de House. México. Editorial Selector.
- KUBLER-ROSS, E. (2001). La Rueda de la vida. España. Editorial Grafo SA.
- KUTHY PORTER, J.; MARTINEZ GONZALEZ, O.; TARASCO MICHEL, M. (1999). Temas Actuales de Bioética, México. Editorial Porrúa p. 251-269.
- LLANO ESCOBAR, A. (1999). El morir humano ha cambiado en bioética: Temas y perspectivas, Washington DC, OPS.
- LUCAS LUCAS, R. (2003). Bioética para todos. México. Editorial Trillas, p. 145-153.
- MACIAS E, A. (2002). Eutanasia en Bioética General de Hernández Arriaga José Luis. México Editorial Manual Moderno p. 257-274.
- MORIN, E. (1999). El hombre y la muerte, Barcelona; tercera edición. Editorial Kairos, nikipedia.org/wiki/terri_shiavo_caso
- PEREZ TAMAYO, R. (2002). Ética Medica Laica. México Editorial Fondo de Cultura Económico p. 192-216.
- ROA, A. (1998). Ética y bioética. Santiago de Chile. Editorial Andrés Bello. p. 111-130.
- SAVATER, F. (2000). Las preguntas de la vida. México. Editorial Ariel, p. 6-15.
- SGRECIA, E. (1999). Manual de Bioética México. Editorial Diana Universidad Anáhuac p. 589-637.
- THOMAS LOUIS, V. (1991). La muerte, España. Editorial Paidós. Primera edición.
- VAZQUEZ, R. (2004). Del aborto a la clonación. Principios de una bioética liberal. México. Editorial Fondo de Cultura Económica. p. 67-78.
- WARNOCK, M. (2002). Guía ética para personas inteligentes. España, Fondo de Cultura Económica. Primera edición al castellano. p. 9-58.
- WILLIAM JOHN, R. (2009). Manual de ética médica. Francia. Asociación Médica mundial
- www.muertedigna.org/textos/eota/387.html

Dilemas éticos en la salud pública



MSP Graciela NAVA CHAPA

TODA ACTIVIDAD humana nos pone en cualquier momento ante dilemas morales que debemos atender y en la medida que construimos nuestro sentido moral la toma de decisiones pareciera menos compleja, sin embargo cabe la posibilidad de tomar decisiones poco afortunadas.

Kidder, el fundador del Instituto para una Ética Global, se refiere al dilema ético como: “No es tener que hacer una elección entre lo correcto y lo incorrecto, sino que elegir entre dos cosas correctas”, lo cual nos lleva a determinar que en el proceso de reflexión ética debemos identificar todas las alternativas posibles, no para tranquilidad de nuestra conciencia sino para dar la mejor

opción a un tercero implicado en nuestra decisión.

En este capítulo presentare la experiencia vista en retrospectiva sobre la atención de un brote epidémico de tifoidea en una comunidad rural como tantas otras de nuestro estado de Hidalgo

Decir la verdad

En los años de 1970 la fiebre tifoidea afectó a varios estados del centro del país ocasionando altas tasa de mortalidad, se trataba de una nueva cepa que no respondía al tratamiento con cloramfenicol, en 1977

una de las últimas localidades afectadas fue San Gregorio comunidad del municipio de Huehuetla, esta comunidad no aceptaba que se vacunaran sus niños, sin embargo cuando empezaron a morir se solicitaron el apoyo de las autoridades estatales y se integró un equipo interdisciplinario integrado por médicos, enfermeras, técnico en saneamiento y técnico en nutrición, como epidemióloga me correspondía coordinar a este equipo de trabajo. El traslado a la comunidad a partir de la cabecera municipal fue de aproximadamente ocho horas utilizando mulas de carga que nos facilitaron las autoridades municipales bajo la conducción de un guía. Llegamos al anochecer y nos instalamos en la escuela del pueblo, con el cansancio reflejado en todos los rostros y nuestros cuerpos molidos organizábamos el trabajo para el día siguiente cuando llega una niña a comunicarnos que había un enfermo grave y debíamos atenderlo, me traslade con un compañero médico y una enfermera a la humilde casa alumbrada por velas y encontramos en un catre a un anciano con datos de choque séptico, se le instala el tratamiento de inmediato y en mi entusiasmo por querer salvar una vida le comento a la hija del enfermo (a través de un intérprete pues hablaban náhuatl) que al siguiente día llegaría un helicóptero con más provisiones y que podrían trasladar al paciente al hospital de la capital para su tratamiento. La mujer nos miró con tristeza en sus ojos y pregunto —¿Se va a aliviar?—, en la penumbra cruzamos miradas mi compañero y yo tratando de unificar la respuesta que finalmente él le dio a la mujer —*está delicado, tiene pocas posibilidades de sobrevivir, pero al menos le daríamos una oportunidad*—. La mujer negó con la cabeza y dijo con determinación —*que se quede y haga lo que pueda aquí*—. Desafortunadamente el paciente murió al día siguiente antes de que llegara el helicóptero con los apoyos faltantes para la atención de la comunidad.

Si bien es cierto que algunos pacientes no quisieran escuchar la verdad sobre su estado de salud, el deber del médico es hablar con honestidad y dentro de sus conocimientos establecer el pronóstico y la evolución probable del padecimiento, en este caso para una familia con tan escasos recursos el traslado del familiar y su regreso a la comunidad implicaba un gasto que no podrían cubrir, por lo que la decisión de la mujer era lógica y realista.

Respeto a la cultura

Los días siguientes visitamos enfermos y las casas así como las fuentes de abastecimiento de agua y en un momento dado se acerca el interprete y me dice que quiere hablar en privado, caminamos sobre una polvosa calle y me comenta que solicita permiso para “hacer brujería” y ayudarnos a que se acabe la enfermedad, intrigada con la petición le dije que me parecía muy bien pero que deseaba ver como lo hacían, me contesta que podía ver en el día las actividades pero en la noche solo debían estar ellos. Más tarde acudí a un pequeño edificio enfrente de la iglesia en donde estaban unas figuras parecidas a los santos que vemos en las iglesias católicas pero sin cabeza. Las mujeres cortaban papel de china de colores y las personas pasaban a dejar alguna comida y cantaban por lo bajo algo que no entendí. En estas comunidades quedaban tradiciones prehispánicas que combinadas con la religión católica originaron un rito especial que además los confortaba en situaciones de crisis como esta.

El último caso que se reportó era una mujer joven a quien visitamos inmediatamente para tomar muestras y realizar el cultivo que nos permitiera identificar a la cepa responsable del brote, siempre acompañados del intérprete observe que había varios niños pequeños y tres mujeres más que los

cuidaban y atendían a la enferma, la casa era un poco más grande que las demás ya que pertenecía al comerciante de la comunidad, después de atender a la paciente pregunto por el parentesco de las mujeres y me dice que son las esposas del comerciante e ingenuamente le pregunto —¿Por qué tiene tantas esposas?, si en México la bigamia no está permitida legalmente—. El hombre sonríe y me dice —que los hombres de la comunidad emigran para buscar trabajo y solo se quedan las mujeres, por lo que cada varón puede tener más de una pareja si la puede mantener—, comprendí el razonamiento no muy convencida y seguí mi recorrido del día.

Convivir con las personas de la comunidad afecta al profesional de la salud, no puede dejar de conmovirse con la pobreza y la falta de todos los servicios a los que estamos acostumbrados. En esta comunidad había una niña de ocho o nueve años que me encontraba en todas partes con grandes ojos cafés y una sonrisa que le iluminaba la cara, a veces caminaba a mi lado y me jalaba la bata para que me diera cuenta de su presencia, en su limitado español me invito a usar el temascal de su familia y trataba de apoyar en todas las actividades, fue la primera en la fila para vacunarse. El último día de nuestra estancia me dijo —llévame contigo—, creí escuchar mal pero lo repitió ante mi asombro y una mezcla de sentimientos en los que estaba la pena porque dentro de su ingenuidad captaba el futuro que le esperaba y culpa por no poder trasladarla y cambiar su vida.

El profesional de la salud que sale al servicio social o que debe trabajar en comunidades rurales se encontrara con normas y costumbres diferentes a las que se viven en la zona urbana por lo que es importante considerar antes de promover un cambio, conocer mejor a la comunidad y respetar sus creencias, guardar el secreto profesional, no criticar ni establecer juicios de valor antes de conocer mejor el entorno.

Aplicar la técnica o la lógica

En el sistema de salud se tienen protocolos de manejo en el caso de brotes epidémicos sin embargo al enfrentarnos a una realidad diferente a la de las personas que diseñan las herramientas te encuentras ante un dilema que debes resolver de inmediato. Para las actividades de educación para la salud nos proporcionaron carteles en los que se mostraba una llave emitiendo chorro de agua sobre verduras multicolores con el mensaje de lavar las verduras, otro con lavado de manos, sin embargo en la comunidad no había agua entubada ni drenaje, todos tomaban el agua de un pozo comunitario, la mayoría no sabían leer ni escribir pues los profesores no duraban en la escuela. Decidimos guardar los carteles y visitar las casas para mostrarles las medidas de higiene y saneamiento de manera personal casa por casa.

Las acciones de prevención a nivel comunitario deben realizarse con base en la cultura y los recursos de la comunidad, por lo que el personal de salud debe considerarlos para tener éxito en su trabajo.

Valores en el ejercicio de la salud pública

La salud pública exige de los profesionales valores que no puedes evadir, los menciono en orden de prioridad: valor para enfrentarte al riesgo de compartir los mismos factores que provocan la epidemia; disciplina para aplicar las medidas de prevención que le protegerán del riesgo; tolerancia para compartir largas jornadas con el mismo equipo de trabajo y para comprender a las personas afectadas por la enfermedad o sus familiares; honestidad para decir la verdad sobre los problemas que ocurren y la factibilidad de resolverlos finalmente la responsabilidad, y el compromiso para poner por encima de nuestras necesidades humanas el servicio a

la comunidad, de esta manera el trabajo en equipo es factible.

Conclusiones

Nuestro trabajo en la comunidad logró un cambio de actitud en la población, con el control de la epidemia se logró la confianza en el sistema de salud y permitieron el ingreso posterior de las brigadas para vacunar o llevar acciones de promoción a la salud.

En retrospectiva como menciono al inicio se aplicaron los principios de la bioética:

El respeto a la dignidad e integridad de las personas.

Beneficencia, al aplicar todas las medidas que nuestra capacidad técnica posibilitó para el control de la epidemia

No maleficencia, al evitar conflictos con la población respetando sus costumbres.

Justicia, al dar el mismo trato a todos, visitando todas las casas (en este caso era una población pequeña y fue posible realizarlo).

Autonomía, al informar sobre las acciones de prevención y control para lograr la aceptación en el manejo médico-preventivo

Como epidemióloga tuve el mejor aprendizaje, al final elabore un reporte técnico sin embargo hasta hoy comento algunos de los aspectos éticos y humanos que retroalimentaron mi bagaje moral.

Reconozco el compromiso de aquellos compañeros que me acompañaron en la atención de esa mi primera epidemia y todas las que siguieron, particularmente a una enfermera que siempre nos mostró con el ejemplo el camino de la salud pública; Doña Esther Ordoñez.

Cuando el dolor duele



Mtra. Luz Beatriz LÓPEZ CADENA

Es MUY común clasificar las enfermedades, en aquellas que padecemos comúnmente y por tanto, el alivio de ellas llega pronto, y en las que padecen unos cuantos y les conducen irremediablemente a la muerte.

También de repente por azares del destino, sufrimos la pérdida de un ser querido, que puede ser alguien de la familia, un compañero de trabajo, algún amigo y porque no, también una mascota y de igual manera, nos duele la pérdida.

Yo recuerdo, que hace catorce años, una tarde de marzo me tocó abrir un fatídico sobre que contenía, los resultados de un estudio histopatológico que habían realizado a un tumor, que horas antes me habían extirpado y cuando leí: ID: Carcinoma lobulillar infiltrante de patrón mixto, me quede paralizada. Ni el raudal de luz que entraba por la ventana, ni el gorjeo de los pájaros que anidaban en el árbol vecino,

fueron suficientes para poderme sacar del dolor y la congoja que de repente se agolparon en mi. Supongo que lo mismo debe pasar en aquellos que sufren la muerte de alguien muy cercano y querido.

Ahí sentada al borde de mi cama, sentí como una pena de muerte amenazaba todos mis sentidos. ¡Sí, me amenazaba y claramente me señalaba el fin de mi vida!, en silencio yo gritaba desgarrada, con lágrimas que brotaban abundantes de mis ojos y mojaban mi rostro, el presente tan nítidamente se hizo presente en una vital certeza pregunta: ¿Me voy a morir?, y ahora ¿qué voy a hacer? Pero al mismo tiempo brincó a la escena la resistencia-negación como única defensa: ¡yo, noooo, yo no soy ese diagnóstico, muy seguramente está equivocado! Y créanme que esa resistencia a morir, esa certeza de muerte es lo que duele, porque tiene uno el malestar físico, la dolencia corporal

propia de la cirugía, el dolor punzante, la contractura, pero estas vienen a ser nimiedades ante el inmenso dolor de sentir de repente que se va uno a morir.

Hoy a tantos años de distancia puedo decir que quienes hemos visto la muerte como algo tangible y muy cercano, nos hemos dolido en esos momentos, porque es ahí donde nos dimos cuenta que no queremos la muerte, pero más nos duele no saber qué es lo que queremos en lugar de morir. Y es precisamente en este cuestionamiento, que los sentenciados podemos tomar dos rumbos, uno y el más fácil, abandonarse a la zozobra y bajo el argumento de la terrible enfermedad, quedarse parados perdidos en el sin rumbo del presente, esperando eso sí, la compasión ilimitada de la familia, los amigos y hasta del que pasa junto, porque ante tanta maldad que ha volcado la enfermedad, lo más reconfortante es que se oiga fuerte y quedito y además muchas veces “ay pobrecito (a)” como el único halago que como doliente se puede recibir.

Pero este, aún cuando es el camino más fácil y más transitado por quienes están conscientes de su inminente muerte, es el más errático y frustrante, porque ni se mueren y esa lástima mal encaminada, conmina la libertad del enfermo. El impedir que la persona aquejada haga sus actividades cotidianas, hace que se sienta de verdad enfermo e inicie a concientizar la sin razón de su vida, pues sienten que tan enfermitos como están, seguir viviendo ya no tiene sentido, pero no lo tiene porque no sabe qué es lo que quiere en lugar de morir, y esto porque no se ha enfrentado a su realidad, la cual quíerese o no, está inserta en el presente y se revive a cada rato en el pasado.

El segundo camino, el más arduo y doloroso es aquel en donde al no querer morir y no saber qué es lo que se quiere, conduce irremediamente a realizar una observación muy crítica sobre quién se es, a sabiendas de que los pesares provienen

de aquello que en la vida sucede, y si hoy, precisamente hoy quien está destinado a la muerte no sabe qué es lo que quiere, lo que desea que suceda, ni qué es lo que durante años ha sucedido, entonces el dolor duele y mucho, porque de golpe se da uno cuenta que hoy como ayer y desde hace mucho ha estado perdido.

Cuando se analiza el pasado, se da uno cuenta, de que según el contexto en donde nos toco vivir, es como aprendimos a hacerlo, en la mayoría de la gente de un medio socioeconómico medio, es práctica común vivir mejorando el estatus de vida, ¿cómo? ¡Pues sencillo! Aumentando el poder adquisitivo para obtener a cambio muchos bienes materiales, por ejemplo una residencia con mobiliario de lujo y todas las comodidades y adelantos tecnológicos, un auto para cada miembro de la familia, y además vestir con ropa exclusiva y al último dictado de la moda, si se es mujer acompañada de unas gafas grandes de Dulce & Gabaña o de Versace, y una bolsa de Vouton o Gucci, o ya de menos una Kiplin. Si la gente no tiene estos bienes, se siente infeliz, porque entonces siente que esta parada en la fila de los pobres, que ni en sueños pueden vivir como una persona *VIP*, y entonces hay que hacer la pregunta más álgida: ¿En verdad esto es vivir?

Debemos reflexionar en que quien le da sentido a nuestra vida, efectivamente son los otros, es la esencia de las personas la que me hace vivir, más no competir por banalidades ni excentricidades tan mundanas, esas personas que son mi familia, mis amigos, mis compañeros de trabajo y sobre todo esa gran desconocida que soy yo misma y que por años me he negado a conocer y liberar, es lo que me dará un motivo, un sentido para vivir.

Y es que ¿alguna vez me he detenido a reflexionar qué y cómo soy?, ¿qué me gusta o me disgusta?, ¿cómo asumo a los que me rodean y están conmigo?, ¿qué es lo que

realmente quiero?, ¿me acepto y me amo a mí misma?, ¿o es que a través de vivir la vida de los demás intento vanamente vivir la mía?

Estos cuestionamientos duelen, porque de repente se da uno cuenta quién se es, al preguntarme quién soy y cómo he vivido mi vida, irremediablemente se transita hasta la infancia, la cual se visualiza nítidamente o bien se niega. Si se visualiza tal cual, se avanza, porque se observa cómo se construyó el proyecto de vida, y vuelve a doler, porque es ahí donde se da uno cuenta que la construcción fue en base a lo que los otros querían y deseaban de mí.

Por eso asumí los valores y las normas familiares, y la moral del grupo social al que pertenezco, y esto frecuentemente conduce a que pensemos que vivir alegres y felices, es tener muchos bienes materiales acompañados de una jugosa cuenta bancaria.

Sin embargo, cuando se está consciente de que pronto va uno a morir, nos damos cuenta de que la ropa exclusiva Chanel, los accesorios *in*, y la residencia y los autos salen sobrando, porque al concientizarse de que la vida que se ha vivido ha sido la que la mercadotecnia, los medios masivos de comunicación y la alienación a la que hemos sido sometidos por la sociedad, es lo que hace que ahora en este aquí, en este presente me sienta tan infeliz, tan dolida, porque mi vida, MI PROPIA Y UNICA VIDA, la que yo realmente quería pero no me atreví a vivir por miedo al qué dirán, por miedo a la exclusión del grupo social al que tantos esfuerzos e inversiones monetarias me permitieron pertenecer, está a punto de extinguirse, de irse, y no regresar.

Y es aquí, en donde si queremos retomar el rumbo de nuestra vida como dice Savater, tenemos que nutrirnos de la aceptación agrídulce del pasado, y aceptar también el desafío euforizante al riesgo venidero, y no es que nos resignemos, ni aceptemos vivir con gravedad, no, debemos tomar el

caso, es decir nuestra vida alegremente, pues debemos aprender que la alegría es el asentimiento más o menos intenso a nuestro asentamiento o implantación en esta vida, en este mundo, con esas ganas intensas de decir sí, de vivir el presente, aceptando los errores del pasado, y observando a distancia el horizonte desafiante que debemos enfrentar con templanza, que no es el miedo a los placeres, ni su rechazo, sino el arte de disfrutar con alegre impunidad, tratando de realzar nuestro deleite por medio de una maestría voluptuosa que busque la exquisitez mesurada (a veces hermana de la sencillez) que evita la náusea del atiborramiento o el vértigo autodestructor, para sentirnos libres, con ansias de disfrutar y erradicar de nuestras vidas la autodestrucción y lograr vivir con gustos sencillos y una mente compleja, dejando de lado a esas personas sofisticadas, cuyos caprichos son caros, abundantes y erráticos, y cuyas ideas son simples, muy simples, rayando a veces en lo absurdo, porque hasta hoy solo han pasado la vida, han sido incapaces de vivir emancipados del materialismo, incapaces de pensar y de elegir qué quieren por sí mismos, ajenos a la moda y al qué dirán.

Cuando se asume la muerte y se decide enfrentarla viviendo con templanza y alegría, se vive verdaderamente la vida, y además para enriquecerla debemos como los poetas, confrontar al amor con la muerte, porque el amor desconoce la fuerza de ésta, y aunque amamos desde la conciencia de nuestra mortalidad y la de lo amado, podemos finalmente perdurar, pues ya lo ha dicho Quevedo:

“...su cuerpo dejará, no su cuidado;
serán ceniza, más tendrán sentido;
polvo serán, más polvo enamorado.”

Hoy al paso de los años, yo elegí este segundo camino, no lo hice sola, fui muy afortunada, porque tuve a mi lado un ser

maravilloso, que seguramente ya había recorrido ese camino, él me orientó y me condujo por ese sendero, y recuerdo con dulzura como a sus ochenta años disfrutaba al máximo su piano que no podía tocar pero otro lo hacía por él, disfrutaba su periódico y las charlas telefónicas con sus amigos, disfrutaba el rico sabor del pan y la degustación del vino, él me enseñó que la vida no tiene que doler, al contrario se debe disfrutar, y hoy vivo mi vida con libertad, con templanza y alegría y una fuerte dosis de amor por mí misma y por los que me acompañan en mi vida.

Me he preguntado si mis compañeros enfermos, o las personas que han tenido una pérdida afectiva y han sido asistidos por algún tanatólogo, han sido orientados a la búsqueda de sí mismos, o solo les han ayudado a aceptar y conformarse con su destino, esperando el final pasivos, postrados

en ese sin sentido y ahogados de amargura, dolidos por querer superar una pérdida, que paradójicamente nunca han perdido, y que más bien al haber acariciado la muerte no pudieron percibir el guiño cómplice que les hizo, como una hermosa invitación para comenzar ahora sí a vivir.

Marquerite Yourcenar en un diálogo de las *Memorias de Adriano*, escribe: "...quiero pasar la muerte con los ojos abiertos", sin recapacitar en lo profundo de este diálogo la primera exclamación que uno emite es, ¡ay nooo, debe ser pavoroso!, claro que no lo es, yo ya lo hice y eso me ha permitido VIVIR. Sugiero así a los tanatólogos si es que no lo hacen, que orienten a sus pacientes para que aprendan a vivir, alegres, felices, disfrutando mesuradamente los placeres, haciéndoles sentir que la muerte no es sentencia, sino una hermosa invitación a la vida propia, que vale la pena vivir.

Pachuca, Hidalgo, 12 de abril del 2010.

Bibliografía

DE QUEVEDO Y VILLEGAS, F. (1982). "Sueños Poesías". Editorial Porrúa, S.A. "Sepan Cuantos..." Núm. 332. México. 1982. p. 171.

SAVATER, F. (1995). Diccionario Filosófico. Planeta. México. p.462.

YOURCENAR, M. (1994). *Memorias de Adriano*. Ed. Hermes. Argentina.

Bioética y trasplantes



MC Juan Carlos MONTROYA ZAVALA

EXISTEN DOS visiones acerca de este procedimiento, el científico y el no menos importante el religioso.

Desde el punto de vista científico podemos decir que un trasplante es: “El traspaso de células, tejidos u órganos vivos de una persona a otra una parte del cuerpo a otra (por ejemplo, los injertos de piel) con el fin de restaurar una función perdida”.

Y del religioso: “Los órganos vitales singulares sólo pueden ser extraídos después de la muerte[...] Conviene recordar que existe una sola muerte de la persona, que consiste en la total desintegración de ese conjunto unitario e integrado que es la persona misma, como consecuencia de la separación del principio vital, o alma, de la realidad corporal de la persona. La muerte de la persona, entendida en este sentido primario, es un acontecimiento que ninguna técnica científica o método empírico puede identificar directamente”.

Tipos de trasplante

Autotrasplantes o autoinjertos; en los cuales se utiliza un tejido del propio individuo, es decir, donador y receptor son la misma persona.

Isotrasplantes; entre gemelos idénticos o univitelinos, es decir, cuando donador y receptor son genéticamente idénticos.

Homotrasplantes o alotrasplantes; en el que el donador y el receptor pertenecen a la misma especie, pero genéticamente son diferentes.

Heterotrasplantes o xenotrasplantes; entre sujetos de diferentes especies

Donación

Es el acto de dar un órgano, tejido o células de sí mismo a otra persona que lo necesi-

ta para mejorar su salud. En el proceso de donación se involucran aspectos médicos, sociales, psicológicos, éticos y legales.

Para que una donación se realice es necesaria la autorización de las personas que toman la decisión: el propio donador, sobre todo en la donación en vida, o de los disponentes, es decir las personas que deciden donar los órganos o tejidos de un familiar que perdió la vida.

Proceso del trasplante

Trasplantar tejidos y órganos de una persona a otra es un proceso complejo. El sistema inmunitario normalmente ataca y destruye el tejido extraño (un problema conocido como rechazo del injerto). El tejido donado debe tener la máxima afinidad posible con el del receptor para reducir la gravedad de un rechazo.

Compatibilidad de los tejidos

Para que los tejidos sean compatibles lo máximo posible, el personal médico determinan el tipo de tejido tanto del donante como del receptor. Los antígenos (sustancias capaces de estimular una respuesta inmune) están presentes en la superficie de cada célula del cuerpo; cuando a una persona se le trasplanta un tejido, los antígenos de dicho tejido trasplantado alertan al organismo del receptor de que se trata de tejido extraño. Existen tres antígenos específicos en la superficie de los glóbulos rojos (los antígenos A, B, y Rh) que determinan si una transfusión de sangre será aceptada o rechazada. Es por este motivo por el que la sangre se divide en distintos tipos según estos tres antígenos. Otros tejidos contienen una gran variedad de antígenos, lo que posibilita una mejor compatibilidad.

Un grupo de antígenos llamados antígenos leucocitarios humanos (HLA) es de máxima importancia cuando se trasplantan tejidos en lugar de glóbulos rojos. Cuanto mayor sea la compatibilidad de los antígenos HLA, más probabilidades existen que el trasplante tenga éxito. Por lo general, antes de que se trasplante algún órgano, se examinan los tejidos del donante y del receptor para comprobar su tipo de HLA. En los padres y en la mayoría de los hermanos, varios antígenos HLA son los mismos, pero otros difieren. Uno de cada cuatro pares de hermanos comparten antígenos HLA y son compatibles. En personas de familias diferentes, pocos antígenos HLA son iguales.

Supresión del sistema inmunitario

Aunque los antígenos HLA sean compatibles, los órganos trasplantados suelen ser rechazados a menos que se controle estrictamente el sistema inmunitario del receptor. El rechazo, cuando se produce, suele comenzar poco después del trasplante, pero puede manifestarse semanas o incluso meses más tarde. El rechazo puede ser leve y suprimido fácilmente, o bien puede ser intenso y desarrollarse a pesar del tratamiento. El rechazo no sólo puede destruir el tejido u órgano trasplantado, sino que también puede provocar fiebre, escalofríos, náuseas, fatiga y repentinos cambios en la presión arterial.

El descubrimiento de que ciertos fármacos pueden frenar (inhibir, suprimir) el sistema inmunitario ha aumentado en gran medida el índice de éxito de los trasplantes. Pero los fármacos inmunodepresores conllevan ciertos riesgos. Al mismo tiempo que frenan la reacción del sistema inmunitario ante el órgano trasplantado, también evitan que éste combata las infecciones y destruya otro material extraño. La inhibición intensiva del sistema inmunitario suele

ser necesaria sólo durante las primeras semanas después de un trasplante o cuando el órgano trasplantado parece estar sufriendo un rechazo. Después de ello se administran menores dosis de fármacos, que deben ser tomados de forma indefinida y generalmente suprimen suficientemente el sistema inmunitario como para controlar el rechazo.

La realización de los trasplantes de órganos, tiene dos grandes modalidades según el tipo de donante: donantes cadavéricos y donantes vivos.

Principios bioéticos

- La búsqueda del bien (principios de beneficencia y no-maleficencia).
- El respeto a las personas (principio de autonomía).
- La equidad (principio de justicia).

En la actualidad, la gran mayoría de los trasplantes se realiza como un acto terapéutico, ya validado por experimentación previa, por tanto, el problema ético pasa a ser el diagnóstico de muerte, la obtención de órganos y la utilización de recursos escasos.

En la perspectiva filosófica, el problema es qué es la vida y qué es la muerte siendo la vida humana una vida animal dotada de razonamiento e integralidad de funciones, la muerte se producirá cuando pierdan total e irreversiblemente esas condiciones. Éste es el caso de la muerte cerebral.

La donación de órganos también suscita problemas con algunas objeciones que tienen que ver con la dignidad corporal. En relación con los donantes vivos, hay una presunción contra la automutilación, incluso cuando se saque algún bien de ello. Las donaciones de cadáveres, por otro lado, van contra nuestro respeto por la integridad de un cuerpo, y nuestro deseo de honrar a los muertos.

La doctrina de la iglesia deja la cuestión de la donación de órganos a cada

individuo. En su encíclica *Evangelium Vitae*, Juan Pablo II habla de una auténtica cultura de la vida que puede ser fundamentada por cada persona. En el No. 86 escribe: “Entre ellos merece especial reconocimiento la donación de órganos, realizada según criterios éticamente aceptables, para ofrecer una posibilidad de curación e incluso de vida, a enfermos tal vez sin esperanzas”.

Dejar morir a las personas de una muerte lenta mientras esperan en vano órganos no es una perspectiva atractiva.

En la bioética, un aspecto fundamental que debe considerarse es la autonomía, la cual está representada en la voluntad del finado quien en vida y como un acto altruista, dio su consentimiento en donar sus órganos para trasplante.

El desarrollo actual y futuro de la ingeniería genética abre un campo absolutamente distinto al tradicional, en el cual los conflictos bioéticos son también totalmente diferentes.

Siendo aún materias de experimentación que requieren un control ético sólo por esa razón, los problemas ya observados son:

- Uso de embriones donantes.
- Definición del estatuto del embrión humano.
- Riesgo de los heterotrasplantes trasgénicos.

Aun queda un gran camino por recorrer pero nuestro país ha logrado un gran avance en esta materia los controles son cada vez más estrictos lo que dar una mayor certeza de que el origen de cada órgano o tejido es conseguido de mediante la donación de forma altruista sin algún fin de lucro.

Por tanto la donación no es otra cosa más que un acto de generosidad humana que permite darle una oportunidad de vida a ser que lo necesita.

Bibliografía

- CUERVAS-MONS, V.; DEL CASTILLO OLIVARES, J.L. (1994). "Introducción al trasplante de órganos y tejidos". Editorial del Libro Español. Madrid.
- DANOVITCH GM. (1996). Handbook of kidney transplantation. Little Brown and Company. Boston-New York-Toronto-Londres.
- LÓPEZ-NAVIDAD, A.; KULISEVSKY, J.; CABALLERO, F. (1997). "El donante de órganos y tejidos". Evaluación y manejo. Springer-Verlag Ibérica. Barcelona.
- MAKOWKA, H.; SHER, H. (1995). "Handbook of organ transplantation". R.G. Landes Company. Austin (USA).
- MORRIS, P.J. (1994). "Kidney Transplantation". Principles and practice. W.B. Saunders Company. Philadelphia-London-Toronto. Cuarta edición.

Factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares: una perspectiva desde la bioética



LP María Isabel MORALES MARTÍNEZ
LP Virginia María SIERRA MORA
LP Ileri Yunuen VÁZQUEZ GARCÍA
LP Iván Misael VEGA CARDOSO

EL TRABAJO terapéutico y la relación de ayuda, son la base del rol del psicólogo clínico, por lo que hace su estudio y mejoramiento de vital importancia, porque quien es el principal actor que se involucra en ella, es una persona vulnerable y susceptible a la ayuda que ha de entregársele. Por esto el psicólogo no puede tomar a la ligera su papel dentro de éste rubro y nunca olvidar que quién se encuentra frente a él, es una persona digna y muy valiosa, a quien ante todo, debe respetar.

El psicólogo se sirve de unos instrumentos de medición o evaluación que le permitirán establecer el diagnóstico del paciente y proponerle la solución adecuada a su caso. Cuando una persona acude a la consulta psicológica por primera vez, desconoce el procedimiento que va a seguir el

psicólogo para poder decirle qué le pasa y ofrecerle las pertinentes soluciones a su problema, por lo que conocer el proceso que se va a seguir para poder ayudarlo, le proporcionará mayor tranquilidad, disminuyendo la tensión o ansiedad que provoca el desconocimiento de lo que va a suceder.

Fernández-Ballesteros (citado en Moreno Rosset, 2002), expone las distintas herramientas o instrumentos de evaluación psicológica que utiliza el psicólogo:

- Técnicas de observación, a través de las cuales se realiza una indagación intencionada, sistemática y estructurada del comportamiento del sujeto o sujetos de exploración.
- Técnicas objetivas, instrumentos y aparatos que permiten la observación y

registro objetivo del comportamiento manifiesto o encubierto de los sujetos a través de dispositivos mecánicos o eléctricos que amplifican tales conductas.

- Técnicas de auto-informe por medio de los que el sujeto ha de realizar una auto-observación de sus comportamientos motores, cognitivos o fisiológicos producidos en el presente o recordar estos mismos eventos ocurridos en el pasado.
- La entrevista, como técnica a través de la cual se recogen tanto los auto-informes del sujeto como otras informaciones de personas allegadas.
- Técnicas proyectivas, o procedimientos de recogida de información que permiten, a través de materiales o instrucciones estándar, recoger muestras de la conducta verbal, gráfica o constructiva del sujeto con el fin de analizar su mundo cognitivo y afectivo.

Es importante mencionar que existen distintos modelos de evaluación psicológica derivados de los distintos paradigmas de la psicología y en función de la teoría psicológica de la cual parte el psicólogo, éste formulará determinadas hipótesis, elegirá distintas técnicas de recogida de información y diferentes análisis de datos, a través de los cuales obtendrá resultados.

Fernández-Ballesteros (2000) indica que el marco referencial teórico del psicólogo le guiará hacia una determinada evaluación, por lo que, dependiendo del modelo teórico, él elegirá distintos tipos de variables (ambientales, cognitivas, fisiológicas, motoras, rasgos, dimensiones, estructura de personalidad), aplicará distintos tipos de métodos (estrategias correlacionales, experimentales, observación clínica) y distintos tipos de técnicas (auto-informes, técnicas proyectivas y/o de observación).

En definitiva, se puede decir que el psicólogo, al igual que cualquier otro profesional de la salud, utiliza un procedimiento

científico, que no se reduce a la aplicación de *test*, siguiendo pautas de funcionamiento que permite ser replicado, como sucede en toda investigación científica.

En el área psicológica, las historias personal y familiar son importantes para que, aunado a los estudios médicos colaboren a realizar un trabajo terapéutico multidisciplinario.

Juárez (2007) menciona, que en México la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares es de 16.4% y con lo que respecta a morbilidad, la hipertensión ocupa un 30%. Cabe mencionar que en una investigación realizada en la ciudad de Cuernavaca acerca de los factores psicosociales relacionados con la tensión arterial y síntomas cardiovasculares se encontró que los desórdenes cardiovasculares y circulatorios son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en nuestro país.

Del mismo modo, también Juárez (2007) menciona que el estrés laboral es uno de los principales factores psicosociales que contribuyen para que se desencadenen las enfermedades cardiovasculares, pero hasta la fecha ha sido una enfermedad que muy poco se ha relacionado con el trabajo y por el contrario se le ve como un ente separado, y más bien éste tipo de enfermedades se han visto relacionadas con diversos factores como la inseguridad en el empleo.

También se han realizado estudios en diferentes países, tal es el caso de Colombia, en donde se ha encontrado que los factores de riesgo que tienen que ver con el comportamiento, como el tabaquismo, el consumo de bebidas alcohólicas, la inactividad física y la dieta aterogénica ocupan un 12.5%, 58.3%, 56.3% y 82.3% respectivamente dentro de las enfermedades cardiovasculares, así como los factores de riesgo biológicos: hipertensión arterial, sobrepeso, diabetes, dislipidemia, y antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares con un 11.5%, 45.8%, 1%, 61.5% y 58.3% respectivamente.

Según Díaz *et al.*, (2007), los factores de riesgo se han agrupado en dos grandes categorías: los modificables que son susceptibles de cambiar como el estilo de vida y los no modificables que son los que no se pueden cambiar como la edad y la herencia. También existen otros tipos de clasificaciones de los factores de riesgo, en los que se pueden encontrar los inherentes, los tradicionales y los emocionales; los inherentes son aquellos que como se había mencionado anteriormente, no son susceptibles de cambios ya que pertenecen al área de la genética y éstos son por ejemplo la edad, el sexo, la diabetes, y la historia familiar; los tradicionales son los que se encuentran relacionados con los físico/biológico como el colesterol, los triacilglicéridos y la hipertensión arterial; y los emocionales, en los cuales se van a encontrar la personalidad tipo A, la ira, la hostilidad, la reactividad cardiovascular, la depresión, la ansiedad y la falta de apoyo social.

Programas de Prevención

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) han emergido poco a poco como un importante problema de salud en el mundo en desarrollo. En la actualidad se conoce un número importante de comportamientos relacionados con ésta, aprehendidos a través de la investigación epistemológica. Oblitas, refiriéndose a Hashell, (2000, 2003, 2004, 2004^a) expone que se debe: 1) practicar ejercicio físico, de forma regular; siendo benéfico ya que previene y atenúa la intensidad de la enfermedad cuando ésta se presenta. Los principales beneficios tienen que ver con la prevención de problemas cardiovasculares, como la dolencia coronaria. También se puede hablar de los beneficios psicológicos, ya que al hacer ejercicio, el individuo reduce los sentimientos de estrés y ansiedad; 2) tener una nutrición adecuada, en términos de los efectos en la salud, una nutrición correc-

ta se hace indispensable, ya que proporciona la cantidad adecuada de todos los nutrientes que el cuerpo necesita para su salud. Las dos causas principales de morbilidad y mortalidad de la década de 1990 fueron las enfermedades cardiovasculares entre otras y esto se debió en gran parte a comportamientos nutricionales inadecuados; 3) adoptar comportamientos de seguridad, pensando que la mayoría de los accidentes de cualquier clase, pueden evitarse o reducirse mediante medidas generales de prevención; 4) evitar el consumo de drogas; 5) sexo seguro, para no contraer enfermedades sexuales o embarazos no deseados; 6) desarrollo de un estilo de vida minimizado de emociones negativas, se sabe que este tipo de emociones influyen sobre la salud a través de diferentes mecanismos. El estrés, por ejemplo, hace a los sujetos muy vulnerables a padecer algún tipo de enfermedad cardiovascular; 7) adherencia terapéutica, estar conscientes como pacientes que se deben llevar al pie de la letra las prescripciones médicas, para evitar recaídas o perjudicar a la salud. Hablando de hipertensión, las consecuencias de la falta de adhesión al tratamiento, acarrea consecuencias bastante negativas en las esferas psicológica, física y social, además del gasto económico que esto eroga.

Dentro de la prevención, existen varios programas de los cuales se puede hacer uso para disminuir la probabilidad de presentar ECV, de tal modo que dentro de ésta se tienen que llevar a cabo una serie de modificaciones conductuales tales como: dejar de fumar, realizar actividad física, cambios en la alimentación, en los que se incluya por lo menos limitar el consumo de sal, ingerir fibra dietética e ingerir cinco raciones de frutas y vegetales al día, además de llevar un control de peso y de masa corporal; y en cuanto a lo psicológico es necesario aprender a controlar el estrés.

Con respecto a la prevención Fernández-Abascal, Martín y Domínguez (2003),

basados en otras investigaciones, proponen la implementación de “un componente educacional, estrategias de afrontamiento y ensayo conductual”. La intervención conductual-cognitiva aunada a la modificación de hábitos alimenticios, a la práctica de ejercicio físico y de la relajación resultan ser eficaces para la atención de las enfermedades cardiovasculares.

Del mismo modo estos autores hacen referencia a lo que Cunnane en 1993 plantea como prevención de aplicaciones tempranas desde la infancia, con modificaciones en los estilos de vida, modificación dietética y práctica de ejercicio en otros.

En México el Instituto Nacional de Cardiología (INC), lleva a cabo un programa de rehabilitación y prevención cardiovascular que aunado con la intervención del cardiólogo ayudan a que el paciente que presenta cualquier tipo de cardiopatía pueda reintegrarse a su actividad normal.

Iarrarza (2003), quién fue jefe de departamento de Rehabilitación Cardíaca y Medicina en el INC, considera: “En muchas ocasiones el efecto psicológico y conductual que provoca la cardiopatía en el paciente es mucho más dañino de lo que el propio paciente y el médico hubiera creído”.

El programa que se lleva a cabo en el INC con fines de rehabilitación y prevención se adaptó en base a los alcances logrados por países desarrollados como Suiza, Alemania, Francia, Canadá y EUA y se sustenta en la importancia de realizar una intervención interdisciplinaria, donde el psicólogo se encuentra involucrado en un trabajo coordinado con el área médica y social del instituto.

El ejercicio físico, la intervención psicológica, la información e intervención del estilo de vida del paciente son incorporados en el programa del INC. El ejercicio es considerado como un medicamento en este programa por los efectos que tiene sobre el organismo. Iarrarza (2003) considera

que los beneficios del ejercicio junto con los fármacos tiene beneficios *a nivel muscular, miocárdico, vascular, hematológico, metabólico, gastrointestinal, sistema nervioso, etcétera.*

Aunque Iarrarza (2003) menciona la importancia de la intervención psicológica en el programa del INC, por que se ha notado que se incrementa la calidad de vida y sensación de bienestar en el paciente, no específica en que consiste ni describe su impacto de manera detallada como lo hace con los beneficios alcanzados con el ejercicio físico.

A pesar de que la mayoría de las enfermedades pueden ser prevenidas, como menciona Piña (2004): “Es fundamental el papel que el comportamiento humano juega, tanto en lo que hace a su dimensión psicológica como social”, en el Sector Salud de México se le ha dado poca trascendencia a la intervención psicológica en los problemas de salud graves como los trastornos cardiovasculares.

Es importante considerar que dentro del área de psicología se ha dado importancia a la actualización de los profesionales de la psicología y en base a ello en la Universidad Iberoamericana (UIA) de la ciudad de México se imparte un curso coordinado por Gerardo Leija Alva, llamado: “Introducción a la psicocardiología: la relación entre el cerebro y el corazón”.

Con respecto a la relación entre trastornos cardíacos y nutrición Castillo (2006) destaca que la dieta es un factor implicado en la prevención cardiovascular ya que se ha visto que desde la infancia el consumo de alimentos de alto contenido en grasa, sodio y carbohidratos simples, aunado al sedentarismo, incrementa la posibilidad de presentar una enfermedad de este tipo.

Por otro lado, el estrés en la vida adulta y el sobrepeso debido a la ingesta de alimentos con alto contenido de conservantes y grasa aumentan los riesgos de enfermedades cardiovasculares.

Por eso Castillo (2006) propone como medida preventiva la orientación sobre las

formas de alimentarse adecuadamente reduciendo el consumo de calorías y grasas así como en porciones de alimentos de acuerdo con las necesidades de cada edad.

Intervención

El gran reto de la psicología en general y de la psicología de la salud, según Oblitas (2006), es promover estilos de vida saludables, motivo por el cual es imprescindible se haga un cambio de conducta en los pacientes y de ahí que la psicología y sus técnicas, deban de ser efectivas para que se dé este cambio, pudiendo reducir la morbilidad y mortalidad de las enfermedades más importantes de los países desarrollados.

Las ECV se reconocen, cada vez más, como un importante problema de salud pública en muchos países en desarrollo. Reddy (2004) reconoce que el incremento de las tasas de mortalidad y la prevalencia de factores de riesgo observados en Asia, África y América Latina, son los más importantes indicadores de la magnitud de la epidemia que está por venir. Por otra parte, la rápida y continua disminución en las ECV en la mayoría de los países industrializados, es una buena evidencia de la efectividad de las actuales estrategias diseñadas para su prevención y control. A pesar de ello, aún existe la pregunta de que: ¿Si podrán ser aplicadas tales estrategias en los países en desarrollo con igual efectividad que en los países ricos?, siendo la posible respuesta a esta pregunta es que aún se requiere de nuevas y más consistentes investigaciones. El proceso de adaptación de estas estrategias representa un inmenso desafío, que incluye, un adecuado balance entre prevención primaria y la calidad de la asistencia médica que se le brindará a los que sufren tales enfermedades.

Dentro de la intervención, Antepara (2005) menciona que la rehabilitación se tiene que llevar a cabo con el fin de que el

paciente cardíaco tenga una mejor calidad de vida y eso incluye el disminuir los síntomas, el que el paciente sea útil y se sienta satisfecho con su papel tanto personal como en la sociedad. Gracias a la rehabilitación, los pacientes logran un cambio en sus hábitos de vida, y esto se da por medio de la intervención médica, fisioterapéutica, terapia ocupacional, nutricional, psicológica y/o psiquiátrica, de enfermería y social.

Uno de los programas de intervención es la rehabilitación cardíaca, que consiste en un trabajo multidisciplinario que está enfocado a lograr un cambio en el estilo de vida de los pacientes, tratando en lo posible de que estos cambios sean para toda la vida. Dentro de éste tipo de programas se encuentran: los intrahospitalarios, los domiciliarios supervisados y sin supervisión y los residenciales.

Otro tipo de programa de intervención es el relacionado con el ejercicio físico, ya que éste tiene efectos positivos en el organismo como la adaptación periférica para la utilización del oxígeno, disminución de la impedancia al vaciamiento miocárdico, aumento en el número, tamaño y densidad de las mitocondrias, cambio de la fisiología cardíaca, el corazón disminuye su frecuencia cardíaca y tensión arterial sistólica.

En Salamanca, España; se llevó a cabo un estudio cuasi-experimental con pacientes hipertensos, en el que la intervención iba dirigida a mejorar la calidad de vida de los pacientes y consistió en un programa combinado de *audit, feedback*, sesiones de formación e implementación de guías clínicas y se esperaba que el resultado fuera un descenso del riesgo cardiovascular.

Dentro de los programas de intervención de las ECV se encuentran las medidas de rehabilitación y las de prevención las cuales se encuentran ligadas. Por un lado, la rehabilitación esta encaminada a recuperar la funcionalidad del paciente que ha padecido un ataque cardíaco y por otro lado prevenir que reincida este problema.

Anteriormente el manejo de la rehabilitación estaba dirigida a evitar que el paciente realizará ejercicio y como lo menciona Vázquez: “Los enfermos con infarto agudo del miocardio, permanecían en cama de seis a ocho semanas, en un sillón durante seis meses y a estos no se les permitía subir ni pequeños tramos de escalera durante su primer año de convalecencia”. A mediados del siglo pasado empezó a cambiar esta postura y es entonces que en 1963 la Organización Mundial de la Salud en Ginebra, Suiza recomendó la realización de programas de actividad física para pacientes cardiopatas.

Las investigaciones que se fueron realizando sobre el tema, dieron como resultado que por la década de los noventa se estipularon nuevos protocolos para la intervención con los pacientes para tener un mayor control sobre los factores de riesgo. Entonces se contemplo la importancia del ejercicio, la dieta, la educación y la intervención psicológica en el proceso de rehabilitación y prevención de enfermedades cardiovasculares.

Estos programas no solo se aplican a personas que han padecido un infarto, sino también en aquellas que por su sistema de vida y por su personalidad se encuentren en riesgo de presentar un evento de este tipo.

Según Vázquez, los países europeos han llevado la delantera en cuanto a investigación y aplicación de programas integrales de intervención. Este autor considera que: “En estos países han tomado tanto auge, que ha pasado a integrarse y consolidarse, en una sola área, lo que se conoce como prevención cardiovascular y rehabilitación cardiaca, impartándose en unidades conjuntas mediante tres tipos de programas: el hospitalario, el domiciliario y el comunitario”.

Sin embargo por la limitación de recursos económicos, tecnológicos y humanos los países en vías de desarrollo no han logrado un eficaz manejo de las ECV, razón por la cual en el año 2002 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó el informe

Innovative care for chronic conditions. Building blocks for action dirigido a la prevención y el control de enfermedades crónicas donde la enseñanza, la detección precoz, el incremento en la actividad física, la evitación del tabaco y de alimentos no nutritivos marcan la pauta a seguir en los programas de salud.

En países de habla hispana también se han realizado actualizaciones en la prevención y rehabilitación de los problemas cardiovasculares, como es el trabajo que ha venido realizando Laham en Argentina y que ha brindado importantes aportes sobre el tema. Para la autora es relevante que el abordaje que se le dé a las intervenciones de las enfermedades coronarias, se realice desde una perspectiva psicológica ya que “la intervención psico-cardiológica se dirige a la corrección de hábitos de comportamiento de riesgo cardiovascular y al entrenamiento de estrategias de enfrentamiento y control de estrés”.

Dentro del programa de intervención que realiza Laham se encuentran los siguientes componentes:

- Modificación de las conductas riesgo.
- Cambio en condiciones de vida
- Información al paciente sobre los factores de riesgo en su estilo de vida.
- Manejo del estrés
- Control de emociones negativas
- Realización de ejercicios controlados
- Dieta adecuada
- Abstinencia al tabaco

En Cuba las ECV han sido la principal causa de muerte como lo reportan Cooper *et. al.*, (2005). En este país se ha aplicado la prevención primaria para cambiar los patrones de dieta y de tabaquismo aunado a una asistencia médica de alta calidad.

Cabe mencionar que en dicho país Rodríguez, Castro, Navarro y Bernal (2008) aplicaron técnicas de relajación en pacientes

con infarto agudo con el fin de lograr un control de sus emociones y encontró que con esta aplicación existía: “Un aumento de la capacidad de relajación y modificación del afrontamiento a situaciones estresantes y favoreció modificaciones en algunos parámetros fisiológicos en pacientes infartados graves”.

Se ha encontrado que existen variables conductuales, fisiológicas, socioculturales y ambientales involucradas en los trastornos cardiovasculares, razón por la cual Fernández, Martín y Domínguez (2003), mencionan que es importante modificar preventivamente los siguientes factores: dieta, perfil de personalidad de tipo A y hábitos de vida.

En esta publicación Fernández, Martín y Domínguez (2003), reportan que para actuar sobre la hipertensión existen estrategias como la respiración diafragmática, la evocación de pensamientos y sentimientos positivos así como la hipnosis clínica que contribuyen a que el paciente experimente: *estados de profunda y duradera serenidad*.

Los factores socioculturales y psicobiológicos se encuentran inmersos dentro de la hipertensión arterial y para Alcocer (2003) la intervención del psicólogo en esta área es de importancia, debido a los factores emocionales implicados en la personalidad del hipertenso. El autor reconoce el beneficio del *biofeedback*, la relajación y la terapia cognitivo conductual en la reducción de la presión arterial.

Aspectos bioéticos

El diccionario de la Real Academia Española, da la siguiente definición: “Disciplina científica que estudia los aspectos éticos de la medicina y de la biología en general, así como de las relaciones del hombre con los restantes seres vivos”. Es la rama de la ética que provee principios orientadores de la conducta humana en el campo biomédico y proviene del griego *bios* (vida) y *ethos* (ética).

Sgreccia (2002), menciona que la bioética no es una ciencia en sí, por lo que no se le concede un estatuto epistemológico autónomo completamente distinto de la ética clásica. Es una disciplina con el objeto de regular los actos humanos (animal y vegetal), que suponen una intervención sobre la vida, para considerarlos bajo el punto de vista formal de la ética y conocer si son buenos o malos encauzando su actuar. Quien mantiene que es mejor hacer lo justo que sufrir injusticias, respeta a los otros, no solo como personas humanas, sino por la bondad de la actitud y rectitud moral de ese comportamiento.

El término bioética, corresponde al oncólogo norteamericano Van Rensselaer Potter, utilizando el término por primera vez en 1970 en un artículo publicado en la revista de la Universidad de Wisconsin *Perspectives in Biology and Medicine* y cuyo título ostentaba por primera vez dicho término: *Bioética: la ciencia de la supervivencia*. Posteriormente, en 1971 Potter publica un libro con el título de *Bioethics: Bridge to the future* (Bioética: Un puente hacia el futuro). Guillén (1989), mencionando a Beauchamp sostiene que, los principales pilares de la bioética, tienen como supuesto, detallar que las decisiones éticas deben ser tomadas mirando tres principios: 1. Autonomía, 2. Beneficencia/no maleficencia y 3. Justicia.

La diferencia entre *lo bueno* de la ética clásica y un *principio* bioético, es que la ética se ha abierto siempre a la posibilidad de reconocer un origen transubjetivo de la normatividad moral, el que permite hablar de *objetividad moral*, con todas las reservas que se quieran. El *principio* bioético en cambio, tal como se entiende hoy, privilegia la instancia subjetiva, de ahí que el origen último de su normatividad, es el que surge del consenso o del procedimiento seguido para llegar a ese consenso y en esta búsqueda de *principios bioéticos*, los aspectos consensuales han alcanzado una inusual importancia.

Los principios bioéticos no tienen el carácter de lo que la ética clásica entiende como *principios*, esto es, de verdades tan manifiestas que eximen de toda necesidad consensual, sino más bien de postulados, ya que para que exista el consenso debe haber una instancia no consensual, que es a la cual la moral clásica llama principios.

Las primeras declaraciones de bioética surgen con posterioridad a la Segunda Guerra Mundial, cuando el mundo se escandaliza con el descubrimiento de los experimentos médicos llevados a cabo por los facultativos del régimen hitleriano sobre los prisioneros en los campos de concentración. Esta situación, a la que se suma el dilema planteado por el invento de la fístula para diálisis renal de Scribner, las prácticas del Hospital Judío de Enfermedades Crónicas o la Escuela de Willowbrook, van configurando un panorama donde se hace necesaria la regulación, o al menos, la declaración de principios a favor de las víctimas de estos experimentos. Ello determina la publicación de diversas declaraciones y documentos bioéticos.

Declaración de derechos de los pacientes

En lo que al psicólogo refiere:

- Solicitar y recibir información sobre la capacidad profesional del psicólogo, incluyendo la condición de su cédula profesional para ejercer, su educación, capacitación, experiencia, participación en asociaciones profesionales, especialización y otros.
- Recibir información sobre el plan de tratamiento.
- Disfrutar de un ambiente seguro, libre de abuso sexual, físico o emocional mientras esté bajo el cuidado de un psicólogo.

- Esperar que su psicólogo no lo involucre en ninguna relación social o comercial aparte de su relación de terapia.
- Hacer preguntas sobre su terapia o evaluación psicológica.
- Pedir que el psicólogo le diga cómo está progresando.
- Rehusar cualquier tipo de tratamiento o suspender el tratamiento en cualquier momento sin obligación u hostilidad.
- Solicitar y (en la mayoría de los casos) recibir un resumen de su historial, incluyendo el diagnóstico, el plan de tratamiento, su progreso y el tipo de tratamiento.
- Denunciar conducta no profesional por parte del psicólogo.
- Recibir una segunda opinión en cualquier momento sobre su terapia o sobre los métodos usados por su psicólogo.

Discusión

La intervención de la psico-cardiología necesita realizarse desde una prevención temprana, de manera multidisciplinaria, para establecer desde la infancia hábitos saludables de vida y de alimentación. En el manejo de emociones, pueden implementarse programas con niños y padres de familia, sobre la permisividad y límites de las manifestaciones de emociones displacenteras como lo es la ira, la tristeza y el miedo.

Estos mismos programas se pueden establecer en la población que se encuentra en riesgo de padecer un trastorno cardiaco, aunado con ejercicios de respiración y relajación para disminuir la presión arterial.

En la prevención secundaria la psico-cardiología estaría encaminada a que el paciente identifique los síntomas de alarma que anteceden a una crisis cardiaca; y el *biofeedback* junto con la terapia cognitivo-conductual pueden contribuir a evitar y disminuir estos riesgos.

Conclusiones

Las enfermedades cardiovasculares y sus componentes hereditarios y presiones sociales, reviste gran importancia el tema de bioética y psicología.

El papel del psicólogo es relevante en cuanto al tratamiento se refiere y conocer el tema dentro del enfoque de la medicina, le facilita hacer empatía con el enfermo que la padece, pero siempre teniendo en cuenta que el conocer del padecimiento, no lo autoriza abundar con el interesado sobre su mal, esto es únicamente competencia del cardiólogo.

En cuanto al campo de la bioética, se concluye que toda persona, tiene derecho al alivio del dolor, por lo que se han de buscar métodos efectivos y económicos para mitigarlo. Los gobiernos deben disponer de co-

nocimientos sobre los factores psicosociales de riesgo de manera racional para el establecimiento de políticas sanitarias claras, la implementación de servicios específicos en cardiología y obviamente la correcta educación de profesionales de la salud, en cualquier servicio a nivel local, regional y/o nacional.

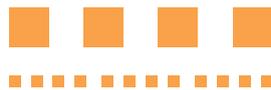
El psicólogo contribuye esencialmente en la promoción de la autotomía y la dignidad del afectado, en cuanto a control de síntomas a nivel de apoyo emocional y estando consciente que se trabaja en un equipo interdisciplinario. De no darse lo anteriormente investigado, éstas serán causas de fracaso para los pacientes en su tratamiento, pudiendo deberse a la falta de continuidad en el tratamiento, no reconocer en el individuo sus necesidades, no considerar parte normal del tratamiento el soporte psicosocial y la falta de trabajo en equipo.

Bibliografía

- ALCOCER, L. (2003). Hipertensión y Psicología. México: CONACYT.
- ANTEPARA, N. (2005). Enfermedad coronaria en la mujer. Rehabilitación cardíaca y prevención. Caracas: Archivos venezolanos de Farmacología y Terapéutica. Vol. 24. Número 001.
- BALAGUER, I. (2003). Estudio comparativo de la Cardiología en el mundo. España: Alegría Ezquerria E.
- BALAGUER, I. (2004). "Control y prevención de las enfermedades cardiovasculares en el mundo". *Revista Española de Cardiología*.
- CASTILLO, L. (2006). "Nutrición y prevención cardiovascular". Libros Aula Magna.
- COOPER, R.; ESPINOSA, A.; IRAOLA, M.; BERNAL, J.; LA ROSA, Y. (2005). "Enfermedades cardiovasculares en Cuba: determinantes para una epidemia y desafíos para la prevención y control". *Revista Cubana de Salud Pública*.
- DIBARBORA, E. (2007). "Fundamentación de la Bioética: Bioética y Psicología". Argentina: Universidad Nacional de Rosario Argentina.
- DI PIETRANTONIO, C. (s. f.). Bioética: ¿Derechos o Deberes?.- Médico graduado en la Universidad Nacional de La Plata, Buenos Aires, Argentina.
- FERNÁNDEZ, E.; MARTÍN, M.; DOMÍNGUEZ, F. (2003). "Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares". Oviedo: Universidad de Oviedo. Vol. 15. Número 004.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (2004). "Introducción a la Evaluación Psicológica II". Madrid: Pirámide, S.A.
- GARCÍA, L.; SANTOS, I.; SÁNCHEZ, P.; MORA, M.; ARGANDA, J.; RODRÍGUEZ, M. (2004). "Efectividad de una intervención de mejora de calidad en la reducción del

- riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos”. *Revista Española de Cardiología*.
- GUILLÉN, G. (1989). “Fundamentos de Bioética”. Madrid: Eudema S.A.
- ILARRAZA, H. (2003). “Rehabilitación y prevención cardiovascular: El complemento necesario a la terapéutica de hoy”. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Vol. 73. Número 4.
- LAHAM, M. (2008). “Psicocardiología, su importancia en la prevención y la rehabilitación coronarias”. *Suma Psicológica*. Vol. 15. Número 1.
- MORENO ROSSET, C. (2002). “Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos”. Facultad de Psicología, UNED.
- OBLITAS, L.A. (2009). Compendio de artículos publicados por él en revistas científicas.
- OBLITAS, L. (2004). “20 Enfoques Psicoterapéuticos Contemporáneos”. PSICOM (www.psicologiaincientifica.com)
- OBLITAS, L. (2004). “Manual de Psicología Clínica y de La Salud Hospitalaria”. PSICOM (www.psicologiaincientifica.com)
- OBLITAS, L. (2006). “Psicología de la Salud y Calidad de vida”. Thomson.
- PALMERO, F.; DÍEZ, J.; DIAGO, J.; MORENO, J.; OBLITAS, L. (2007). “Hostilidad, Psicofisiología y salud cardiovascular”. *Suma Psicológica*. Vol. 14. Número 1.
- PIÑA, J. (2004). “La Psicología y los psicólogos en el sector de la salud en México: Algunas realidades perturbadoras”. Asociación Española de Psicología Conductual. Vol. 4. Número. 001.
- PIQUERAS, J.; MARTÍNEZ A.; RAMOS V.; RIVERO, R.; GARCÍA, L.; OBLITAS, L. (2008). “Ansiedad, depresión y salud”. *Suma Psicológica*. Vol. 15. Número 1.
- SGRECCIA, E. (2000). “Manuale di Bioetica, y Vita e Pensiero”. Milano: Capítulo sobre el estatuto epistemológico de la bioética.
- SOCIEDAD MEXICANA DE PSICOLOGÍA. (1990). “Código ético del Psicólogo”, México: Trillas.

Ética y las urgencias médicas



MC ELÍ ESPINOZA ACOSTA

EL VOCABLO *ética*, se deriva de griego *ethos*. La palabra *moral*, del latín *mioris*. Ambas significan lo mismo, “costumbres, hábitos”. Muchas son las definiciones de *ética*, que pueden ser o no completas, pero todas coinciden en la esencia y significación de la palabra. La *ética* es la filosofía de la moral.

La *ética* es la ciencia de la moral, su origen y desarrollo y de las normas de conducta de los hombres, de sus deberes hacia la sociedad, la patria, el estado.

La *ética médica* es una manifestación particular de la *ética* en general, pero que trata específicamente de los principios y normas de conducta que rigen entre los trabajadores de la salud, su relación con el hombre sano o enfermo y con la sociedad;

abarca también el error médico, el secreto profesional y la experimentación con humanos; pero el problema fundamental de la *ética médica* es la relación médico-paciente, e íntimamente ligado a ello, la relación entre trabajadores de la salud entre sí y de éstos con los familiares de los pacientes.

La *bioética* se mueve en un terreno donde definiciones y conceptos que son controvertidos, el término *bioética* es de cuño reciente, y fue introducido en 1970-1971 por el oncólogo experimental norteamericano, Potter, para proponer una disciplina que enlazara la biología con las humanidades en una *ciencia de sobrevivencia*.

Bioética es el conjunto de conceptos, argumentos y normas que valoran y legi-

timan éticamente los actos humanos, que eventualmente tendrán efectos irreversibles sobre fenómenos vitales.

La vida ha sido tradicionalmente definida como materia que se constituye (nacimiento) en una unidad capaz de metabolismo, desarrollo, reproducción, y que termina por desintegrarse (muerte).

La bioética se ocupa, entonces, de los actos humanos que alteran irreversiblemente los procesos, también irreversibles de lo vivo, con lo cual se hace patente que son actos humanos que van al fundamento de lo vital a tiempo que queda claro que muchas actividades del ser humano caen bajo el juicio bioético, porque sus efectos influyen profunda e irreversiblemente, de un modo real o potencial, sobre los procesos vitales.

La bioética no es la presentación exclusiva de los médicos, sino de innumerables profesionales y actores sociales, de manera que el tema debe ser acotado más generosamente e incluir otras materias.

Ética y urgencias

La atención de urgencias puede brindarse en cualquiera de los niveles de atención médica, pero cada uno de ellos adoptará sus propias características en dependencia de los recursos materiales y humanos con los que se cuenta.

Las entidades catalogadas como urgencias son todo aquel procedimiento que en forma aguda o por agudización de un proceso crónico, pone en riesgo la vida del paciente o su integridad auto funcional y por ello requiere de atención médica inmediata.

La característica de la atención primaria, especialmente la del consultorio médico, establece la necesidad de ofrecer diagnósticos oportunos, así como el traslado oportuno a centros de atención especializada donde se le brinde al paciente alternativas de tratamiento. Estos hospitales de

atención especializada cuentan con servicios de urgencias, hospitalización, unidad de terapia intensiva, tomografía computarizada, resonancia magnética nuclear, cámara hiperbárica, unidad de medicina nuclear, hemodinamia, etcétera.

El médico asume una alta responsabilidad al remitir un paciente y es su deber hacer un análisis profundo que incluye interrogatorio directo e indirecto, así como exploración física completa, si es necesario se incluye un resumen de previa interconsulta con otros compañeros médicos, así como cumplir con las normas médicas correspondientes.

Una vez decidida la remisión, debe continuar atendiéndolo, estando al pendiente de su evolución clínica como paciente suyo hasta que se realice su alta hospitalaria.

En caso que el paciente se encuentre grave dentro de su estado y requiera de un traslado, siempre deberá de estar acompañado por un médico hasta su lugar de destino, anexando una hoja de remisión con los datos del paciente, signos vitales, diagnóstico, inicio, evolución y estado actual con letra clara y legible, ya que para el médico que recibe el paciente, es peligroso una remisión pobre e ilegible, además de constituir una violación de procedimientos.

El médico, al tomar la decisión de remitir un paciente a un hospital de especialidades, debe de informar a los familiares y al paciente de manera firme y amable el motivo de su traslado de tal forma que les transmita confianza y seguridad; ya que es muy importante comprender la alarma que se crea en los sentimientos del paciente cuando se le informa que debe ir a otro lugar para recibir mejor atención. Surge instantáneamente la idea que su padecimiento es grave y puede morir. Esta alarma se extenderá a su familia y es deber del médico informar en este caso, la verdad de la razón del traslado, con palabras de aliento y optimismo.

A pesar de existir normas que guían la acción médica a los distintos niveles, exis-

ten dificultades con su cumplimiento, lo cual constituye uno de los principales problemas éticos que se presentan con relativa frecuencia.

En todos los casos, sin excepción, resulta imprescindible que el personal médico y de enfermería, así como otros técnicos, estén debidamente entrenados para este trabajo, que sin lugar a dudas es altamente especializado y que por tanto, requiere de capacidades, habilidades y virtudes específicas.

Tan inconcebible es un médico como una enfermera que laboran en un servicio de urgencias y no estén entrenados para brindar reanimación cardiorrespiratoria, ya que resultan involucrados como actores, y ante esta situación no pueden permanecer indiferentes.

Un principio básico de la bioética lo constituye la beneficencia, que significa que todo acto ético ha de ser de beneficio, tanto para el agente como para el paciente.

Aunque un acto no beneficie, puede ser éticamente positivo en la medida que evite dañar. Desde los estrictos hipocráticos, ha sido precepto fundamental del médico el ayudar o al menos no dañar.

Quien solicita o recibe un beneficio sabe cuanto significa para él, sólo quien sufre un daño puede acusar la gravedad de lo acaecido. Consecuentemente, es el afectado por la beneficencia o no maleficencia quien debe autónomamente decidir sobre la conveniencia y oportunidad de actos que atañen principalmente sus intereses. Bajo el mismo criterio, le corresponde también evaluar si la omisión o la negativa a ejecutar un acto, tiene consecuencias tolerables o un riesgo sustentable.

Por ende, el código de ética profesional pretende sensibilizar al personal médico que ejerce su labor asistencial en los servicios de urgencias para que el ejercicio profesional se desenvuelva en un ámbito de honestidad, legitimidad y moralidad, en beneficio de la sociedad, sin perjuicio de las normas

jurídicas y laborales plasmadas en las leyes y contratos que regulan el ejercicio de nuestra profesión. Se debe contribuir solidariamente al reencuentro de nuestra vida digna, justa e igualitaria, pero también se debe estar convencido del compromiso que se contrae al recibir la investidura que acredita para el ejercicio profesional.

Es imprescindible la capacidad que posea un médico que labora en los servicios de urgencia para evitar incurrir en un error médico, definiendo éste como el error que se produce al realizar una conclusión diagnóstica o al emitir indicaciones terapéuticas no correspondientes con la afección verdadera que padece el enfermo

El dominio de la ciencia, la técnica y la experiencia; son los principales elementos que alejarán la posibilidad de error. En la atención de urgencias, cualesquiera que sea el nivel de atención médica al que corresponda, se observan tres elementos importantes: el médico, el paciente y la institución que lo recibe. En la interacción de estos elementos radica la calidad de la atención, ya que sin esta interacción el paciente o sus familiares tendrán dudas sobre las conclusiones que emita el médico tratante. En estos casos el médico está en la obligación de evitar una conducta individualista y consultar la opinión de otros profesionales.

La atención médica debe de otorgarse conforme a las normas de calidad, conocimientos de la medicina y tecnología vigentes; con oportunidad, amabilidad, trato personalizado, comunicación permanente entre los participantes en el acto médico o paramédico y un ambiente confortable que permita mejorar el nivel de salud y la satisfacción del usuario y del trabajador, y que contribuyan a mejorar su calidad de vida.

Otras situaciones que debe valorar el profesional son por ejemplo, el no poder concluir un diagnóstico o instituir un tratamiento por no disponer en su medio de trabajo con los elementos necesarios.

El médico tiene la facultad de proponer y efectuar el traslado del enfermo, siempre que se cumplan las normas y procedimientos establecidos.

Es justamente en la atención de urgencias donde se ponen en evidencia los principios éticos tradicionales en medicina: no dañar, hacer el bien, fidelidad y veracidad ante todo, no dañar a causa de un diagnóstico irreflexivo, por frialdad o indiferencia en el actuar del médico.

Algunas veces, los pacientes o familiares pueden solicitar a los médicos una atención inadecuada. Sin embargo, los médicos no están obligados a proporcionarla si existe un consenso científico y social respecto a que el tratamiento no es efectivo.

A diferencia de las normas legales, en el caso de las normas éticas, no se da la facultad punitiva del estado para sancionar su incumplimiento. La observancia de la ética depende exclusivamente de la voluntad de quién se ha impuesto por sí mismo, por autoconvencimiento, el deber de cumplirla. La voluntad es del todo autónoma y no hay quién pueda imponer su cumplimiento.

La voluntad de adherirse a un código ético de conducta se determina por el valor que se atribuye y se reconoce a la razón de ser de la norma, que no es otra que el bien cultural y social que resguarda. Así, la opinión o valoración respecto de este bien es indispensable para formar la voluntad de aceptarlo rechazar la norma ética y comprometerse a cumplirla.

La fuente de la norma ética es entonces la propia conciencia del individuo o del grupo que a ella se adhiere, formada por los valores heredados de la tradición y asimilarlos en la vida. Que inspiran actitudes de comportamiento congruentes con la dignidad, con lo que es virtuoso, trascendente y honorable. Igualmente se debe señalar que como consecuencia de una mala práctica profesional ética, el especialista enfrenta el

alejamiento de sus colegas, asesores y subordinados, así como aislamiento y desprestigio en la comunidad a la que sirve.

¿Qué es realmente el servicio de urgencia para el paciente? Respeto, justeza y abnegación, por parte de los profesionales de la salud que los atienden, ¿y para la familia? Respeto y bondad.

Deberes del personal de urgencias

En resumen el personal de urgencias debe poner todos sus conocimientos científicos y recursos técnicos en el desempeño de su profesión, conducirse con justicia, honradez, honestidad, diligencia, lealtad, respeto, formalidad, discreción, honorabilidad, responsabilidad, sinceridad, dignidad, buena fe y en estricta observancia a las normas legales y éticas de su profesión.

El personal de urgencias solamente se responsabilizará de los asuntos cuando tenga capacidad para atenderlos e indicará los alcances de su trabajo y limitaciones inherentes. Aceptará únicamente los cargos para los cuales cuente con los nombramientos necesarios y suficientes, realizando en él todas sus actividades con responsabilidad, efectividad y calidad.

Además debe mantener estrictamente la confidencialidad de la información de uso restringido que le sea confiada en el ejercicio de su profesión, salvo los informes que le sean requeridos conforme a la ley.

Responderá individualmente por sus actos, que con motivo del ejercicio profesional dañen o perjudiquen a terceros o al patrimonio cultural. El personal de urgencias no debe asociarse profesionalmente con persona alguna que no tenga cédula para el ejercicio profesional, ni dejar que éstas u otras utilicen su nombre o cédula profesional para atender aspectos inherentes a la profesión.

Los involucrados en la atención médica de urgencias deben respetar en todo momento los derechos humanos de sus pacientes, colegas y sociedad en general; prestando sus servicios al margen de cualquier tendencia xenofóbica, racial, estilista, sexista, religiosa o política. Con notable puntualidad y oportunidad en todos los asuntos relativos al ejercicio profesional.

El médico de urgencias al emitir una opinión o juicio profesional en cualquier situación y ante cualquier autoridad o persona, debe ser imparcial, ajustarse a la realidad y comprobar los hechos con evidencias.

Deberes con los pacientes

El personal de urgencias debe limitarse a mantener una relación profesional con sus pacientes, ser honesto, leal y conducirse con verdad ante su paciente en todo momento y salvaguardar los intereses del mismo. El personal de urgencias debe cobrar sus honorarios en razón a la proporcionalidad, importancia, tiempo y grado de especialización requerido para los resultados que el caso particular requiera. De igual manera, el personal de urgencias deberá reconsiderar el monto de sus honorarios de acuerdo con la limitación económica de su cliente.

Bibliografía

BEHI, R.; NOLAN, M. (1995). "Ethical issues in research". *Br J Nurs*. 4(12):712-6.

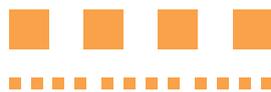
CIASCHENKO, J. (1995). "Artificial personhood. Nursing ethics in a medical world". *Nurs Ethics*. 2(3):185-96.

ODDI, LF; CASSIDY, VR. (1995). "Nurse's sensitivity to the ethical aspects of clinical practice". *Nurs Ethics*. 2(3):197-209.

CÓDIGO DE ÉTICA PROFESIONAL DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE MEDICINA DE EMERGENCIA, A.C. 2009.

Capítulo 26

¿Dilemas de la ética psiquiátrica moderna?: relación médico paciente, internamiento, implicaciones éticas de la elección de la terapéutica y sujeción



Dr. Carlos J. CASTAÑEDA GONZÁLEZ
Mtra. Juana FREYRE GALICIA

ESTE CAPÍTULO tiene como objetivo fundamental, esclarecer si realmente existe un problema ético en el actuar del psiquiatra y las instituciones de especialidad que se encargan de atender personas con severos problemas mentales. Con esta contribución, pretendemos hacer comprensibles una gran cantidad de actos médicos realizados por el psiquiatra, que en nada se diferencian de los que llevan a cabo otras especialidades, pero que en nuestro caso, adquieren significados sociales distintos y hasta negativos.

La revisión de la conducta ética en los profesionales de todas las áreas, implica también, analizar críticamente las posturas moralistas que hoy en día, no sólo contribu-

yen a paralizar el avance científico, sino que condenan a los enfermos a sufrir en soledad sus dolencias. En ese sentido, los médicos estamos en la obligación de explicar nuestros actos y mostrarlos en la justa dimensión que tienen como herramientas curativas, de rehabilitación o para el control de las enfermedades humanas.

Relación entre ética médica y ética psiquiátrica

La profesión médica es, hasta donde se sabe, la única que cuenta con antecedentes deontológicos milenarios. El código de

Hammurabi y el juramento Hipocrático son ejemplos del origen de los preceptos éticos que actualmente guían el quehacer del médico. Su antigüedad tal vez provenga de la necesidad social de regular el poder emanado del conocimiento sobre el cuerpo humano. Todo poder puede ser usado para producir mal y el del conocimiento médico no está exento de ese tipo de usos. Este saber se aplica en personas, que por estar enfermas, se encuentran debilitadas y a merced de cualquiera. De este modo, reconocer que todos somos susceptibles de sufrir alguna dolencia, fácilmente logra hacernos coincidir en lo benéfico que puede resultar poner límites a aquel que sabe cómo eliminar la enfermedad, retrasar la muerte o aliviar el dolor.

En ese sentido, quienes hemos sido formados en esta ciencia humana, cursamos todo el proceso enseñanza aprendizaje de la profesión, sabiendo que seremos exigidos en el cumplimiento de patrones de comportamiento ético y que la violación de éstos genera tanto consecuencias legales como gremiales; llegando incluso a la pérdida de la licencia profesional, si se demuestra que carecemos de dicha disciplina ética. Por supuesto, los maestros que nos forman como médicos, siempre preferirán que cumplamos con las normas éticas por convicción y no por temor.

Sin embargo existen dos problemas básicos para que, los médicos en general, asuman de modo idéntico y correcto la ética médica; el primero radica en que la ética profesional descrita en los códigos deontológicos es externa a las vivencias del estudiante, incluso puede resultar totalmente ajena a los valores que hasta entonces haya aprehendido. El segundo obstáculo, se deriva de las modificaciones que sufre la moral, ya que los valores morales que fueron dominantes en una época ahora no lo son y por tanto, la sociedad convierte en no éticas algunas acciones que antes si lo fueron

o permite conductas que anteriormente fueron consideradas inmorales, no éticas y hasta ilegales. Es decir, las fuentes de la ética profesional (la ética personal y la moral) son históricas y por ende, su práctica y concepción se encuentren en eterna revisión.

Como todos recordaremos la ética es una rama de la filosofía y analiza de modo sistemático aquellas acciones que producen el bien o el mal. La moral por su parte recupera del imaginario social, aquello que al grupo histórico de ese momento le parece bueno o malo y con dicha base, establece lo que está permitido hacer en el grupo social, sea de modo público o privado. Así, se convierte en una especie de ley no escrita que controla nuestra vida íntima y social. La moral se aprende en el núcleo familiar, son nuestros parientes quienes nos enseñan qué es lo que esperan de nosotros, para sentirse orgullosos de ser nuestra familia y para que sigan amándonos; la moral por ello tiene una gran carga afectiva y puede producir en el sujeto que la trasgrede: malestar, vergüenza, culpa y desasosiego.

Los valores morales que en general comparte un grupo social, da sustento a la ley y genera códigos escritos que tipifican, en la interacción social, lo que es legal o prohibido, así como la duración y tipo de castigo que merecen quienes no cumplen con la legalidad. De ahí la fuerte relación que guardan la ética, la moral y el derecho; además, las tres son formas de control social que regulan el comportamiento humano aceptable, en un grupo. Las tres coinciden en generar valores, es decir, crean concepciones sobre lo que debe ser.

La ética personal se diferencia de las otras dos, porque es una interpretación individual de lo que los demás piensan que es bueno o malo, forma parte de nuestra conciencia y tiene mayor influencia en nuestro comportamiento cotidiano. Puede o no coincidir, en lo general o particular, con la moral dominante en nuestra familia

o sociedad y estar o no, acorde con la legalidad, pero se caracteriza por ser la base de la toma de nuestras decisiones. La ética personal es el freno afectivo-racional que permite el control de nuestras pasiones y favorece el comportamiento que hoy denominamos humano. Por su parte, la moral y la ley son fuerzas coercitivas externas de nuestra conducta, ya que podemos o no, estar de acuerdo con sus ordenamientos, pero sabemos que si incumplimos sus normas o valores recibiremos un castigo.

La ley establece penalidades que incluyen reparaciones económicas o la pérdida de la libertad y la modalidad e intensidad de la condena, se dicta a partir de preceptos jurídicos que establecen, según el daño, el castigo correspondiente. La moral carece de lineamientos específicos para cada tipo de acción inmoral o amoral que presenten las personas, pero al influir en el comportamiento del grupo, puede producir conductas de segregación y marginación hacia sujeto considerado inmoral o amoral.

Los códigos de ética profesionales tienen más características legales que morales, aunque sean acuerdos entre civiles que comparten una profesión, pero que se atribuyen como grupo, la capacidad de evaluar a sus pares y establecer estándares de comportamiento, mínimos e indispensables, para que un sujeto sea reconocido como parte del gremio. La función de estos códigos consiste en evitar que la ética personal se imponga a la moral social; por tanto, la deontología recupera valores esenciales de la sociedad y de la filosofía para exigirlos a los practicantes de una profesión. Así, como parte del currículo o como elemento de las aptitudes que se desarrollan en los profesionales, todos somos expuestos, de diversas formas, a los códigos de ética profesional.

Los psiquiatras, antes de cursar la especialidad deben titularse como médicos y por tanto, saben de los cuatro valores deontológicos médicos esenciales: *la no maleficiencia,*

la beneficencia, la justicia y el respeto a la autonomía. No obstante, debe subrayarse que conocer el significado de estos conceptos, no garantiza su aplicación y menos aún, que todos los médicos desarrollemos la misma habilidad para diferenciar qué acciones médicas cumplen dichos preceptos deontológicos.

La psiquiatría se vio obligada a generar su propio código ético, después de la segunda guerra mundial, pues como sabemos, algunos psiquiatras alemanes se vieron involucrados en experimentos poco científicos, además de participar en el exterminio de enfermos mentales, que en esa nación y época, habían sido definidos por el gobierno nazi como indeseables para la constitución de una raza superior.

Por supuesto, hoy sabemos que ni las declaraciones de Helsinki, ni otras tantas a que nos referiremos más adelante, han podido evitar el abuso de los enfermos mentales, como tampoco la Declaración de los Derechos Humanos del Hombre, ha evitado que las mujeres, los niños, los ancianos, los grupos étnicos, ni los muchos otros grupos denominados vulnerables, aparentemente sanos, sean realmente respetados.

Las razones para que esto suceda, exceden al ejercicio de la ética médica y al poder de los médicos. Básicamente el abuso sigue siendo cometido gracias a la protección que algunos estados-gobiernos, brindan a ciertos intereses económicos, que actúan impunemente después de comprar legalidad para acciones no éticas, en contra de los más pobres o desprotegidos.

Situaciones como la experimentación de vacunas o fármacos en presos siguieron ocurriendo en la década de los años de 1980; hoy se aplican avances científicos no probados que pueden afectar la vida de la mayor parte de los habitantes, pero se fomenta su uso en las sociedades más pobres, porque los gobiernos siempre se encuentran necesitados de financiamiento, tanto para

abultar las arcas de algunos burócratas y empresarios nacionales, como para conservarse en el poder, fingiendo que realizan obras en beneficio de la población que los elige. De este modo, firman permisos para que se instalen industrias que dañan el hábitat o producen mercancías nefastas para conservar una adecuada calidad de vida.

Precisamente por ello, la salud se ha convertido en un inmejorable negocio. Hoy más que nunca se ha promovido una cultura de la salud, donde su posesión se convierte en artículo que nos garantiza la inclusión social. Por ejemplo: para tener acceso al empleo se requiere ser sano, para disfrutar verdaderamente la vida y tener acceso a lo que sea, se requiere salud; la enfermedad es vista como un gasto, la salud como inversión.

De ahí entonces que los médicos sean cotidianamente evocados para dar respuesta a casi cualquier problema que la sociedad enfrente. Si existe narcotráfico, éste se convierte en un problema de salud nacional porque implica la adicción; si aumenta la violencia intrafamiliar, este también se transforma en un problema de salud, porque puede causar la muerte, generar lesiones e invalidez, promover el suicidio y el mal desarrollo de los infantes.

Para todo es usable el conocimiento médico, la sociedad se medicaliza, y entonces se espera que los médicos den respuesta a todos los problemas de la actualidad, pero ello es imposible: los médicos poco o nada podemos hacer para decidir cómo deben planearse las ciudades, cómo se debe educar a los niños, cuánto alcohol puede permitirse beber a un adolescente; todos estos asuntos son, finalmente, cuestiones resueltas por otras personas, instancias o representantes de gobierno.

La salud mental en ese sentido está de moda y se le comprende como un estado de bienestar que se iguala a felicidad perpetua, donde todo es alegría y disfrutar. Como si dejar de sentir cosas desagradables fuera sano. En ese sentido los psiquiatras apare-

ceamos en escena: la sociedad quiere que les recetemos felicidad o les enseñemos a permanecer felices todo el tiempo, y eso nadie lo puede lograr. Ser sano mentalmente puede reducirse a, solamente, ser capaz de transformar al mundo para hacerlo más acorde a nuestro bienestar y conseguir así, una sobrevida con calidad y dignidad, que permita desarrollar todo el potencial humano que poseemos.

Las exigencias a la psiquiatría no sólo se generan a partir de esta nueva forma de comprender la salud mental, sino debido a una antigua desconfianza sobre el origen de sus capacidades para controlar la ira, la desolación y la irracionalidad que ocasionalmente, acompaña al enfermo mental. Ambos estados de ánimo y la incapacidad para establecer relaciones adecuadas del que sufre un trastorno mental, son características sumamente temidas por la mayor parte de las personas y son también, ocasión del rechazo que sufre el enfermo mental.

En ese sentido, la psiquiatría se diferencia de las demás especialidades porque básicamente atiende, alteraciones de la conducta humana. Con ello no decimos que el resto de especialistas médicos no enfrenten alteraciones conductuales en sus pacientes. Lo que aquí se sostiene es que el campo específico de la psiquiatría, está orientado a modificar una conducta insatisfactoria, tanto para el enfermo como para quienes le rodean. Su intervención se obliga cuando el comportamiento anómalo no puede ser asociado al funcionamiento incorrecto de un órgano en especial. Incluso cuando se intuya que son disfunciones cerebrales las que causan los comportamientos inusuales, si la localización de dicha disfunción resulta imprecisa o no determinada en términos de la estructura cerebral, corresponde al psiquiatra tratar esa conducta; ya que de ser identificable la lesión o la malformación cerebral, corresponde como campo de estudio y tratamiento, al neurólogo.

El psiquiatra trata con el individuo enfermo completo, no con partes de él o con motivo de la disfunción de un órgano específico. Para establecer un diagnóstico se guía por lo que le dice el enfermo, cómo lo expresa y lo que refiere sentir; toma además en cuenta elementos que rodean al paciente y que pueden precipitar su malestar o agravarlo, incluyendo sus relaciones laborales, de pareja y familiares.

Otras especialidades clínicas pueden “desconectarse” de la subjetividad del individuo enfermo usando anestésicos u obli-gándolo únicamente a dar información sobre una parte de su cuerpo. Pues algunos, dan por hecho que el sentimiento del paciente no será relevante para resolver el problema de salud que le aqueja; un cirujano no se detendrá a disminuir la ansiedad del paciente que fue informado de requerir, urgentemente, ser amputado de una pierna. Lo importante para ese médico es evitar que el paciente muera, aunque pierda una parte de su cuerpo. Del mismo modo, un neurocirujano no dudará en retirar una parte del cerebro de aquel paciente que lo necesite para seguir con vida, incluso si a causa de ello pierde facultades indispensables para llevar una vida más o menos normal.

El psiquiatra basa su intervención médica en la relación que establece con el paciente y en ese sentido será el cumplimiento del precepto de respeto a la autonomía del enfermo lo que en términos éticos más frecuentemente, se le cuestiona. Para analizar esta relación debemos subrayar primero, que ese intenso contacto personal con el paciente resulta esencial como técnica y como medio terapéutico y que toda influencia que se desee lograr en la persona con trastorno mental, siempre se orienta por el principio de la beneficencia, es decir, buscamos la mejoría o curación de la persona enferma, aún en aquellos casos en que el paciente carece de habilidades cognitivas para comprender por qué nos ponemos a su disposición.

Cabe aquí subrayar que los pacientes que atiende el psiquiatra no siempre presentan alucinaciones o han perdido el contacto con la realidad. Muchos saben quienes son, dónde están, pueden explicar qué les pasa y expresar sus deseos. Con este tipo de paciente, la explicación de los procedimientos que se van a realizar a su favor son expuestos tan extensamente como sea necesario, pues de ello depende la confianza que nos brinde para ayudarlo a salir del problema. Puede establecerse un dialogo sincero con el paciente, para que comprenda los límites y alcances de nuestra intervención, se puede aclarar el tiempo de duración del tratamiento, la forma en que puede colaborar a que sea más pronta su recuperación o las alternativas que tenemos para ofrecerle, a fin de que elija la que considera más conveniente para su economía, disponibilidad de tiempo, estilo de vida y valores morales.

En el caso de pacientes menores de edad, ancianos con problemas demenciales o invalidez, adultos con retraso mental o en estado psicótico, plantearles que tomen la decisión es, actualmente, ilegal y no ético. Es ilegal porque estos pacientes han sido definidos por la ley como incapaces para decidir, sea por cuestión de la edad o por limitaciones cognitivas, es decir: no es el médico quien dice que ellos no pueden decidir, es la ley quien le exige al médico obtenga de una persona definida como “responsable” del paciente, la anuencia y elección de los tratamientos que pueden ofrecérsele al enfermo.

La persona que funge como responsable del paciente, siempre debe ser un adulto, con capacidad de decidir y que mantenga una relación, legalmente reconocida con el enfermo. Son en general, familiares consanguíneos, representantes legales o conocidos de la familia a quienes delegan el derecho a decidir por el paciente. Aún así, si el médico duda de que las decisiones que el responsable está tomando sean las más adecuadas para la salud del paciente, puede recurrir a

los comités de ética institucionales o a los jueces, a fin de que se obtenga una decisión que otorgue el mayor beneficio a la persona enferma.

Una vez que el paciente queda bajo responsabilidad del médico tratante, este está obligado a brindar información al paciente y su representante en cuanto a: necesidad de internamiento, el diagnóstico probable, tipo de cooperación que se requiere de ambos (paciente-familia), recursos que se usarán y demás pormenores que incluya el tratamiento ambulatorio o de hospitalización.

Obviamente, en ocasiones y de forma temporal la información no podrá ser comprendida por el paciente, hasta que los síntomas agudos del cuadro psiquiátrico desaparezcan. En el caso de personas con retraso mental profundo, sólo algunas indicaciones serán comprendidas de manera temporal, por lo que el trabajo con los familiares es indispensable. Los niños y adolescentes que no se hallen en estados psicóticos, pueden opinar y debe alentárseles a que lo hagan, a fin de que se involucren en el control o curación de su padecimiento, pero es claro que la decisión final siempre queda en otras manos.

Hasta aquí, puede notarse que la interacción del psiquiatra con el paciente es idéntica a la que sigue cualquier otro médico, sea general o especializado. Los cuestionamientos suceden después, al evaluar la relación psiquiatra-enfermo, porque se sostiene que en ella, el paciente es totalmente vulnerable frente a un pretendido poder inagotable del médico. Es decir, se da por supuesto que el enfermo carece de cualquier tipo de poder y que el psiquiatra es inmune a la influencia del malestar afectivo del paciente, su violencia o desamparo. Si ello fuera así, el fenómeno de desgaste profesional que sufre el psiquiatra y cualquiera que se encuentre en contacto directo con enfermos mentales, sería imposible de explicar; igualmente inexplicables resultarían hechos tales

como la relación científicamente demostrada, de riesgo profesional para padecer depresión, suicidio o adicciones, por parte de los psiquiatras.

La postura absolutista que otorga todo el poder al médico, es comprendido socialmente de dos modos decididamente contradictorios. Por una parte, no se cuestiona si otros profesionales, además del médico, puedan poseer tanta influencia en la vida del paciente (tal es el caso de un abogado o contador), en cambio, se da por hecho que la extrema influencia del psiquiatra es de tal magnitud, que en cualquier momento excede límites y produce daños en la persona enferma. Muchos psiquiatras desearíamos que esto fuera cierto cuando menos en dos casos: primero para lograr la adherencia terapéutica y después, cuando nos enfrentamos a delirios que son resistentes a la farmacoterapia; porque esos delirios, son causa frecuente del rechazo y abandono de los pacientes.

La fantasía del poder extremo atribuido al psiquiatra, incluye la crítica ética a los supuestos epistémicos con que se aborda el malestar del paciente. Así, se cuestiona si al aplicarse **el modelo biológico**, hegemónico en la praxis médica, el psiquiatra reduce al paciente a seguir instrucciones, toda vez que este modelo sostiene que la voluntad del sujeto enfermo no está involucrada en el proceso psicopatológico; es decir, el paciente no elige libremente ser enfermo y por ende carece de responsabilidad de su estado de salud. Lo único que puede hacer para colaborar es seguir, pacientemente, las instrucciones médicas y esperar que den resultados positivos.

En caso de que el psiquiatra optase por aplicar el **modelo psicodinámico**, se le imputa querer responsabilizar al sujeto enfermo de ser capaz de transformarse y no haberlo hecho. Es decir, el psiquiatra es acusado de tener como único objetivo, ajustar al enfermo a las normas sociales y por ende, se sospecha de su actuación terapéutica. Los

profesionales de la psiquiatría, que usan este modelo terminan siendo identificados como agentes sociales para la domesticación del paciente y como reproductores de las normas dominantes de una sociedad, habitualmente hostil e injusta para quienes opinan y se comportan distinto a la mayoría.

Se ha dicho también que la aplicación del **modelo cognitivo conductual** en pacientes psiquiátricos, muestra la forma más eficiente de aplicar la técnica a favor del control de la persona humana, ya que la actuación del especialista estaría orientada a hacer que el paciente desaprenda las conductas concebidas como inapropiadas para la sociedad, implicando con ello, que el paciente será en última instancia, responsable de su curación, pues es libre de decidir lo que quiere hacer y es capaz de realizar esfuerzos para transformar hábitos y costumbres, que siendo insanos, le llevan a tales condiciones de trastorno mental. No serán entonces problemas de salud, lo que atienden los psiquiatras, sino la mala educación que hace aparecer “anormal” a la persona. Su papel como reproductor de lo social se devela si se reduce su intervención a homogenizar la conducta de las personas, evitando lo diferente que atenta o contradice al orden socialmente establecido.

Por supuesto, estas interpretaciones de modelos epistémicos carecen de bases científicas, pero han valido para crear mitos respecto de un quehacer profesional y para fomentar un absurdo e improductivo temor en el paciente y su familia, para aceptar que necesita ayuda y existe alguien que puede ofrecérselas.

En ninguna otra especialidad se muestra tanta desconfianza en la capacidad del especialista para elegir la o las técnicas terapéuticas más apropiadas, como en psiquiatría, y lo que es peor aún, pocos son los que comprenden que un modelo epistémico o terapéutico jamás es llevado a sus últimas consecuencias cuando se aplica en la vida

real. Cada uno de los que se han mencionado aquí, sólo pueden ser parcialmente ejecutados y no son funcionales en todos los casos ni para todas las psicopatologías. En realidad, cuando un psiquiatra usa uno u otro modelo, o la combinación de dos o más de los existentes, intenta en términos profesionales, brindar al paciente las mejores herramientas para aminorar su sufrimiento, evitar su rechazo social y acercarlo lo más eficientemente a oportunidades específicas de desarrollo personal. Un psiquiatra en su sano juicio, lo menos que intenta es crear dependencia o sometimiento en su paciente, ello no es lo que se aprende en medicina y menos aún en la especialidad. Lo que éticamente busca, es devolver la libertad al ser humano que ha sido doblegado por la enfermedad.

De todo lo antes dicho, debe señalarse que el verdadero riesgo ético radicaría, como en toda profesión, en una inadecuada capacitación o estancamiento en las habilidades profesionales, para elegir el modelo de intervención más adecuado y que corresponda a las necesidades del paciente.

Otro interesante, pero aparente problema ético, que se deriva de la relación del psiquiatra con el enfermo y el respeto a su autonomía, reside en el criterio de internamiento y si este es a voluntad o no del que se encuentra enfermo. Como se señaló anteriormente, existen casos específicos en que la ley establece la responsabilidad de decisión a otros y no al directamente involucrado, es decir el paciente. Por su parte el psiquiatra sólo puede considerar como indispensable el ingreso hospitalario del paciente cuando: 1) el facultativo tiene fundadas evidencias de que otra opción de tratamiento sería inútil para atender adecuadamente la gravedad del trastorno mental [servicio ambulatorio, psiquiatría comunitaria o la hospitalización parcial], 2) cuando la condición de salud mental y/o física del paciente requiera de recursos únicamente disponibles

en una institución médica y 3) cuando el paciente ha realizado acciones encaminadas a hacer daño a las personas que lo rodean, a sí mismo, a sus bienes o de otros; su conducta pone en riesgo a los demás y cuando el lugar donde habitualmente se encuentra le predispone a agravar su condición mental y no existe otro espacio donde pueda permanecer para evitar que se suceda el brote psicótico.

Es decir, lo que opine la familia, la comunidad e incluso un juez, no puede o debe influir para que el psiquiatra decida. Los únicos elementos que le sirven para decidir éticamente son de carácter medible, propios de su especialidad. Su interés fundamental estará centrado en coadyuvar a que el paciente encuentre la mejor alternativa a su problema de salud; aún cuando reconozca que la familia y la comunidad son sus aliados a la hora de egresar al paciente, toda decisión debe siempre evitar satisfacer necesidades ajenas a las del enfermo que atiende.

Rara vez se obtiene el consentimiento del paciente psiquiátrico cuando es hospitalizado, pues generalmente este ocurre por urgencia. Frente a un cuadro psicótico, un intento suicida o un síndrome de abstinencia a sustancias, el médico se enfrenta a una persona que habitualmente se negará a ser ingresado a la institución. Optar por cumplir una aparente voluntad “libre” del paciente, implica un acto no ético, toda vez que se abandona al paciente y se le condena a sufrir lesiones o la muerte. Al hecho de ingresar al paciente sin su consentimiento se le ha denominado no voluntario, involuntario o necesario. Sin embargo ninguna de estas definiciones explica lo que éticamente hace el médico, a lo sumo define un acto médico en términos legales. Éticamente este tipo de internamientos debe definirse como un **ingreso por privilegio terapéutico**, otorgado a la persona que, en ese momento, no puede mostrar lo que propiamente se define como voluntad, consciencia y libertad.

Esta acción médica no puede considerarse paternalista, pues no se priva de autonomía al paciente, sino que se cubre la ausencia de esta; cumpliéndose así el precepto ético de justicia, donde el médico se obliga por convicción a brindar atención a los que lo requieren y se abstiene por ende, a rechazar asistir al necesitado, esté o no de acuerdo con sus opiniones, valores o formas de vida.

El ingreso por privilegio terapéutico obliga a comprender de un modo distinto la ausencia de aprobación para ser internado, por parte del paciente; pues este no se otorga por la fuerza (en contra de la voluntad del enfermo o no voluntario), ni a partir del privilegio médico para decidir por el paciente (necesario, por criterio médico), sino que explica que es derecho de la persona enferma, recibir la atención cuando más la necesita. Esto es similar a lo que ocurre a la persona que sufre un accidente en vía pública y que debido a las lesiones queda inconsciente y que precisamente por ello, es llevada a un hospital; la ingresamos sin que diga que desea que lo hagamos y tampoco esperamos a que aparezca algún familiar y obtengamos el consentimiento informado para iniciar acciones médicas.

Actualmente, se promueve conseguir el consentimiento informado del paciente hospitalizado, después de que se le haya otorgado el ingreso por privilegio terapéutico. La pregunta sería ¿por qué? En otras disciplinas esto no se hace, pues generalmente son los familiares quienes firman después de que son localizados, tomando en cuenta que se trata de un caso de urgencia. Tal pareciera que la desconfianza hacia el proceder médico-psiquiátrico, puede sostenerse frente a cualquier razonamiento lógico y eficiencia probada de protocolos de acción médica.

A partir de la reforma psiquiátrica, promovida por la Organización Mundial de la Salud, las instituciones médicas de la especialidad, se han comprometido a cumplir un límite de días estancia para pacientes en fase

aguda de la psicopatología, no excediendo en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” a las 4 semanas. Por tanto, los internamientos son breves y no existe posibilidad legal de otorgar estancias de tipo asilar, como las que brindaban los manicomios del siglo pasado, lo que implicaría innecesaria la urgencia “social” de que se demuestre la bonhomía de una acción médica. Otras especialidades tienen días estancias mucho más prolongadas y por el momento, pocos son los que llegan a cuestionar la necesidad de mantener a los pacientes hospitalizados: traumatología, cardiología, y todos aquellos servicios con terapia intensiva, suelen otorgar estancias más prolongadas que las que ocurren en hospitales psiquiátricos.

La brevedad de los internamientos psiquiátricos, si bien favorece el desarrollo de la psiquiatría institucional, condena a muchos pacientes a la indigencia, cuando su sintomatología crónica, fomenta el rechazo de su propia familia. En México no existen instituciones públicas de tipo médico que alberguen por tiempo indefinido a los enfermos mentales crónicos; su atención corresponde a la asistencia social, independientemente de que los hospitales psiquiátricos brinden tratamiento de control a los usuarios de ese tipo de establecimientos.

Un asunto adicional a cuestionar es la sobre exigencia dictada por la propia OMS a los hospitales psiquiátricos y los médicos especializados en el área, a brindar rehabilitación psicosocial, cuando ésta es un prolongado proceso y mientras a otras instituciones médicas no se les exige rehabiliten a sus pacientes de modo similar. Es decir, un hospital dedicado a la traumatología no está obligado a brindar a todos sus pacientes y para siempre, terapias de rehabilitación física, dotar de prótesis, enseñar a los pacientes el uso de prótesis o el manejo de sillas de ruedas, etc. En psiquiatría sí. Hay que reeducar al paciente al grado de hacerlo productivo, independiente y autogestivo. Todas

estas acciones deberían ser llevadas a cabo por instancias de salud diferenciadas, que perfectamente pueden mantenerse relacionadas y coordinadas con los servicios hospitalarios, pero sin pretender que los distintos niveles de rehabilitación hayan de darse en un mismo lugar. Las razones para estas pretensiones abusivas de una disciplina, se deben a la incapacidad profesional y ética de algunos representantes gubernamentales para asumir, de modo racional, la planeación y distribución de los servicios de salud mental.

Por último, abordaremos el tema de la sujeción terapéutica, tradicionalmente señalada como franca vejación a los derechos de los enfermos y como atentado a la dignidad humana, cuando ésta se practica en servicios de salud mental. Vale la pena subrayar que la sujeción a los enfermos no se realiza únicamente en psiquiatría, sucede en prácticamente cualquier especialidad y su uso ocurre tanto en enfermos conscientes como inconscientes. Por ejemplo, si se requiere una tomografía cerebral o de cuello, es factible que aten al paciente a la plancha deslizable, inmovilizándose también la cabeza con sujetadores rígidos. En el caso de la odontología, aplicada a pacientes con incapacidad para controlar movimientos de extremidades y/o cabeza (enfermedad de Parkinson y parálisis cerebral, entre otros), también se usa la sujeción o la anestesia para intervenirlos, pero siendo más peligrosa la primera, suele preferirse, literalmente, envolver al paciente en sábanas para disminuir lo más que se puede su movimiento, mientras dos o tres personas más, colaboran para impedir cualquier sacudida que ponga en riesgo al paciente, tratamiento o estomatólogo. En el área de pediatría tampoco es inusual que se recurra a estos métodos; se ata a los menores para evitar que el infante se retire sondas o venoclisis y sus padres lo permiten o lo aceptan, porque comprenden que no existe otra forma de desmotivar la reacción del

niño enfermo, que ya no quiere nada y está cansado de punciones, no puede moverse, gritar o respirar bien.

Ahora lo que intentaremos, es develar por qué en psiquiatría este procedimiento es tan cuestionado, mientras se entiende, tolera y acepta en otras especialidades. Sobre todo cuando queda claro que los psiquiatras no inventaron el procedimiento de amarrar a los pacientes y que por miles de años se ha sujetado a los enfermos por una y mil razones técnicas.

La autonomía del paciente implica libertad de decidir, de deambular, de asumir y responsabilizarse de los actos que se cometen, pero en el caso del paciente en estado psicótico, dicha libertad no existe. Muchas de las cosas que hace el paciente durante el episodio agudo se le olvidarán, y los aparentes motivos para hacer cosas, las referirá como opuestas a su forma de ser. En algunos casos las consecuencias de sus actos pueden ser irreversibles.

Para hacer más descriptivo este fenómeno y lo que puede sucederle a un enfermo mental en fase aguda, nos permitimos comentar brevemente un caso: se trató a una paciente que refería ser hombre, aún cuando los senos y la falta de vello facial, no coincidían con su dicho, se procedió a realizar la exploración física, comprobándose que sus genitales corresponden a los de un hombre. En la entrevista se obtienen, entre otros muchos datos, el que el paciente no se describe homosexual y dice que no le gusta vestirse como mujer, pero actualmente no tiene otra alternativa, porque durante el último episodio psicótico, visitó a un cirujano plástico, al que le solicitó iniciara procedimientos para la reasignación de sexo, pero que en realidad no desea. El mismo paciente define esa conducta como una “loquera”; está deprimido, confuso y muy avergonzado. Informa que su familia piensa que ahora no sólo ha de cargar con un “loco”, sino “maricón”.

En este caso, podemos notar que el cirujano plástico creyó que su acto fue éticamente bueno, no maléfico para el paciente, que actuó con justicia y además respetó la autonomía del paciente; pero en realidad no cumplió con ninguno de los cuatro preceptos éticos básicos de la medicina. Lo único que el médico hizo fue favorecer la expresión de un síntoma, nunca ni la salud ni la libertad de nuestro paciente, quien tuvo que volver a someterse a cirugía para retirarse los implantes y el exceso de piel que el proceso había causado en su pecho.

A este paciente nadie lo sujeto, ni real ni simbólicamente y sufrió las consecuencias de sus actos incluso dos años después de la crisis psiquiátrica. Afortunadamente, después de que se presentaran casos similares, se protocolizó la intervención del equipo de salud mental en la valoración de pacientes que desean cambiar de sexo, ya que existe el riesgo de que quien solicite la intervención no se encuentre preparado para un cambio de vida radical, o lo haga, como en el caso aquí descrito, a consecuencia de un trastorno mental de tipo psicótico.

Hay casos en los que las consecuencias pueden ser aún peores y significan en psiquiatría, tanto como no usar barandales en las cunas de pacientes internos en pediatría que pueden caer y lastimarse severamente. Es por tanto, responsabilidad de quienes atienden enfermos asegurar que no se han de dañar o lastimar a otros, a causa de su padecimiento. Así, en psiquiatría está indicado sujetar al paciente entre tanto no haga efecto el medicamento que logre disminuir el estado de agitación. Generalmente este es temporal, pudiendo reducirse a minutos u horas y sólo es indicado cuando la conducta del paciente es destructiva, al grado de que pueda cometer un ilícito como golpear, matar o suicidarse. Cabe reiterar aquí que en una etapa de agitación, la autonomía del paciente se evapora a causa de la esencia de sus motivaciones; no es la voluntad y la

conciencia lo que le lleva a comportarse de ese modo, sino el síntoma psicótico el que le obliga a actuar de ese modo. Además, el médico tiene también una obligación moral y ética con el resto del equipo de salud mental, en cuanto a resguardar su integridad y sabe que su no actuación puede generar daños a otros, mucho menos preparados para enfrentar tales agresiones, como ocurre al ciudadano común, que eventualmente llega a padecer por la agresión de alguien que no estaba en sus cabales.

La sujeción terapéutica, también conocida como sujeción gentil, está avalada por organismos internacionales, los comités de ética y la propia legislación sanitaria y penal. Por todas estas razones, este procedimiento se usa con pleno respeto a los preceptos de **justicia, no maleficencia y beneficencia** que guía los actos del médico psiquiatra, en situaciones que debemos definir como de urgencia.

A modo de conclusión:

- Los psiquiatras no encierran de por vida a los enfermos mentales, porque no es su interés hacerlo y por ello, han participado en la generación de normas oficiales que impiden que el funcionamiento de los hospitales psiquiátricos sea de tipo asilar.
- El sistema asilar para personas abandonadas, enfermas mentales o no, lo ejerce la Secretaría de Desarrollo, no la Secretaría de Salud.
- Los psiquiatras usan la psicoterapia en diversas modalidades; todas son útiles pero no son aplicables a todo tipo de

problema mental. Cuando el paciente esta en capacidad de decidir cuál cree le conviene más, se respeta su decisión. En caso contrario, la elección la hace la persona responsable del paciente.

- Con independencia del signo ideológico que pueda reprocharse a los modelos terapéuticos, el papel reproductor del orden social del psiquiatra, no es distinto al de cualquier otro profesional de la salud.
- La hospitalización por privilegio terapéutico se otorga a las personas que, por su cuadro psicótico, se atienden de urgencia. La información y el consentimiento correspondiente del internamiento, se obtiene del responsable del paciente.
- La influencia del médico psiquiatra sobre el enfermo mental es relativa, suele ser mucho más poderosa la psicopatología sobre su conducta.
- A diferencia de otros profesionales de la salud, el psiquiatra está capacitado y formado para manejar la relación terapéutica, por lo que a pesar de la intensidad y el grado de intimidad que se alcanza en la relación psiquiatra-enfermo, la posibilidad de abuso sexual o relación erótica con el paciente, es menos frecuente que en el caso de otros profesionales.

La sujeción no es una práctica exclusiva de la psiquiatría; pero cuando se aplica a enfermos mentales, suele ser de menor duración que la que se efectúan en otros ámbitos de la salud, y su indicación está protocolizada.

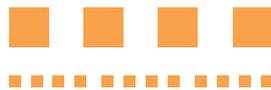
Sección V

Conocimiento
del hombre





Introducción Sección V



*El secreto de la existencia no consiste solamente en vivir,
sino en saber para que se vive.*

F. Dostoievski

MSP Luis Enrique DÍAZ PÉREZ

UNA DE LAS grandes interrogantes de la ética en general y desde luego, aplicable en el campo de las ciencias de la salud es si existen criterios o medidas universales para juzgar realidades inmersas en sistemas culturales de gran diversidad.

En esta sección *Conocimiento del hombre* se encuentran temas y referencias que aportan a la construcción de un concepto del hombre, indispensable, diría Carlos de Llano para desarrollar a partir de él los principios morales de la conducta.

Acerca del concepto de hombre al que pretendemos aproximarnos trata la última sección de este libro, el conocimiento del hombre, del cual pensamos, debe ser histórico, universal, libre y para ello será necesario enfocarlo desde perspectivas múltiples que van desde lo antropológico, filosófico, moral, espiritual y desde luego, también mundano, los rasgos que aquí se exponen.

Entre la consciencia, la libertad y la voluntad



MSP Luis Enrique DÍAZ PÉREZ
MCC Rosario BARRERA GÁLVEZ

GIOVANI PICO della Mirandola, humanista y pensador italiano que vivió en el siglo xv, hacia finales del año 1486, publicó en Roma sus *Conclusiones philosophicae, cabalisticæ et theologicae*, conocidas como *Las 900 tesis*. Se trata de novecientas proposiciones recogidas de las más diferentes fuentes culturales, con gran influencia en su tiempo tanto de filósofos y teólogos latinos, como de los árabes, los peripatéticos y los platónicos; entre sus conclusiones se encuentra su célebre *Discurso sobre la dignidad humana* al cual pertenecen las extraordinarias ideas del siguiente fragmento: “Abdala el Sarraceno, interrogado acerca de cuál era a sus ojos el espectáculo más maravilloso en esta escena del mundo, había respondido

que nada veía más espléndido que el hombre”. Con esta afirmación coincide aquella famosa de Hermes: “Gran milagro, oh Asclepio, es el hombre”.

Más adelante, en esta misma obra, de la Mirandola pone en labios de Dios las siguientes palabras: “Oh Adán, no te he dado ni un lugar determinado, ni un aspecto propio, ni una prerrogativa peculiar con el fin de que poseas el lugar, el aspecto y la prerrogativa que conscientemente elijas y que de acuerdo con tu intención obtengas y conserves. La naturaleza definida de los otros seres está constreñida por las precisas leyes por mí prescritas. Tú, en cambio, no constreñido por estrechez alguna, te la determinarás según el arbitrio a cuyo poder te he consig-

nado. Te he puesto en el centro del mundo para que más cómodamente observes cuanto en él existe. No te he hecho ni celeste ni terreno, ni mortal ni inmortal, con el fin de que tú, como árbitro y soberano artífice de ti mismo, te informes y plasmases en la obra que prefirieses. Podrás degenerar en los seres inferiores que son las bestias, o podrás regenerarte, *según tu ánimo, en las realidades superiores que son divinas*”.

Más cercano a nosotros, Jean-Paul Sartre (1905-1980) filósofo ateo, escritor y dramaturgo francés, exponente del existencialismo y del marxismo humanista, en su obra *El existencialismo es humanismo*, expone: “El hombre empieza por existir, se encuentra, surge en el mundo y después se define. El hombre, tal como lo concibe el existencialista, si no es definible, es porque empieza por no ser nada. Sólo será después y será tal como se haya hecho. Así pues no hay naturaleza, porque no hay Dios para concebirla. El hombre es el único que no sólo es tal como él se concibe, sino tal como él se quiere y como se concibe después de la existencia; el hombre no es otra cosa que lo que él se hace. Éste es el primer principio del existencialismo”. Con estas tesis Sartre declara la peculiar posición del hombre respecto del resto de seres: empieza existiendo, no teniendo un ser propio, empieza siendo una nada y se construye a sí mismo a partir de sus proyectos; el hombre es lo que ha proyectado ser.

Sartre relaciona la libertad con la falta de naturaleza: tener una naturaleza o esencia implica que el ámbito de conductas posibles están ya determinadas; que algo tenga una naturaleza quiere decir que el tipo de conductas posibles que le pueden acaecer está restringida o limitada por su propio ser; pero el hombre no tiene naturaleza, no tiene una esencia, por lo que es libre y es lo que él mismo ha decidido ser.

Sartre es tan radical, que niega cualquier forma de determinismo, sea teológico,

biológico o social: “Ni Dios nos ha dado un destino irremediable, ni la naturaleza ni la sociedad determinan absolutamente nuestras posibilidades, nuestra conducta. Somos lo que hemos querido ser y siempre podremos dejar de ser lo que somos”.

Como puede advertirse, en las espléndidas ideas de dos autores, distantes en el tiempo y opuestos en sus creencias religiosas, della Mirandola y Sartre coinciden en algo esencial: los hombres –entiéndase las personas–, tienen una naturaleza no definida, lo que es para maravillarnos, o aterrarnos.

¿Cómo seremos capaces de transformarnos según nuestros propios propósitos e intenciones, si además nos hallamos rodeados de elementos naturales y sociales que no se nos dio a elegir? Porque a todos nos consta que no hay instructivo para la vida y que cada quien tiene que vivir según sus circunstancias y sus formas de responder ante ellas.

El asunto entonces no es tan sencillo, porque si tenemos la posibilidad de construirnos a nosotros mismos, eso lleva consigo responsabilidades que no siempre alcanzamos a advertir en su total dimensión, aunque advertirlas tampoco soluciona mucho, pues se puede dar el caso de que esas responsabilidades se adviertan como algo aplastante e imposible de llevar a cuestras. Entonces ¿debemos alegrarnos o no por ello?, todo depende de cómo veamos esa realidad que puede significar invaluable oportunidades pero también una angustia infinita.

¿Cuál puede ser entonces el fiel de la balanza? ¿Qué es lo que puede hacer la diferencia entre estas posiciones tan extremas? Antes que otra cosa, dejaremos en claro que no hay que esperar respuestas simples para algo que es tan trascendente y extraordinariamente complejo.

Enseguida, expondremos de qué recursos podemos echar mano para salir mejor librados de este asunto que a veces se antoja insalvable por la gran incertidumbre que genera, pero que desde luego tiene alternativas,

comenzando porque así como vivimos bajo circunstancias que no elegimos, también es cierto que poseemos una serie de atributos que no pedimos, gracias a los cuales, es posible ver las cosas de diferente manera.

Aunque no es nuestra intención plantear un esquema reduccionista de simple relación causa efecto, tampoco nos es posible enumerar todos los atributos humanos que nos permiten enfrentar nuestra realidad para llevar a cabo esa labor transformadora que tanto della Mirandola como Sartre refieren. Nos referimos a la consciencia, la libertad y la voluntad.

Consciencia

Del latín *conscientem, conscientia* (*com-con* y *scire-saber*), *con conocimiento*. En una traducción literal “que se da cuenta de su existencia, sus sensaciones, sus pensamientos y su ambiente”.

El célebre *Diccionario de Filosofía* de José Ferrater Mora (1912-1991) nos dice que la palabra consciencia tiene definición en muchos sentidos: tautológico, metafísico y místico. En la primera acepción: “Consciencia es darse cuenta de las cosas”, por ejemplo, formarse una idea objetiva de lo que ocurre en su comunidad, a través de la información diversa que recibe; en el segundo caso, la interpretación se refiere a: “La autopresencia del sujeto”, es decir, saber quien se es y su ubicación en tiempo y espacio; en el sentido místico: “Consciencia es la voz íntima del ser” o la voz de la conciencia, un hombre de conciencia recta no comete actos reprobables.

Una acepción más que no queremos dejar pasar es fisiológica, cuando se relaciona el estar consciente como el estado de vigilia o simplemente despierto, una persona cloroformizada recobra la consciencia al cesar los efectos del anestésico, o cuando despierta cada mañana después de dormir durante la noche.

Pero el término consciencia no se agota aquí, también tiene abordaje desde la epistemología, la psicología cognitiva o la sociología del conocimiento.

La consciencia entonces, tiene que ver con el conocimiento que un ser tiene de sí mismo y de su entorno. En las personas, la consciencia implica múltiples procesos cognitivos interrelacionados. Es el saber de sí mismo, el conocimiento interior, profundo, más allá de lo mental, que espiritualmente tenemos de nuestra propia existencia, estados o actos. La consciencia tiene que ver por supuesto con lo ético es decir, los juicios sobre el bien y el mal de nuestras acciones.

La conciencia puede también ser definida como el estado cognitivo no-abstracto que permite la inter actuación, interpretación y asociación con los estímulos externos denominados realidad. La conciencia requiere del uso de los sentidos como medio de conectividad entre los estímulos externos y sus asociaciones.

El término consciencia que nos ocupa es una forma superior de comprensión, propia tan sólo del hombre, del reflejo de la realidad objetiva. La conciencia constituye un conjunto de procesos psíquicos activos que conduce al hombre a comprender el mundo objetivo y su ser personal. Surge en relación con la actividad del hombre, en la esfera de lo social y se halla indisolublemente vinculada a la aparición del lenguaje, que es tan antiguo como la conciencia. El lenguaje ha ejercido una influencia enorme sobre el desarrollo de la conciencia, sobre la formación del pensar lógico y abstracto. Únicamente en el proceso de las relaciones sociales que los hombres establecen entre sí, llegan éstos a hacerse cargo de las propiedades de los objetos, a descubrirlas, a darse cuenta de su propia relación con el medio circundante, a destacarse de este último, a organizar una acción orientada sobre la naturaleza con el fin de subordinarla a las propias necesidades.

La consciencia es un producto del desarrollo social y no puede existir al margen de la sociedad. El pensamiento abstracto y lógico, vinculado al lenguaje, no sólo permite reflejar el perfil externo, sensorial, de los objetos y fenómenos, sino además, comprender su alcance, sus funciones y su esencia. Sin la comprensión y sin el saber que están unidos a la actividad histórico-social y al lenguaje humano, no hay consciencia. Cualquier imagen sensorial del objeto, cualquier sensación o representación forman parte de la consciencia en la medida en que poseen un determinado sentido en el sistema de conocimientos adquiridos a través de la actividad social.

La consciencia también es un complejo de vivencias emocionales basadas en la comprensión que el hombre tiene de la responsabilidad moral por su conducta en la sociedad, estimación que hace el individuo de sus propios actos y de su comportamiento.

La consciencia no es una cualidad innata, está determinada por la posición del hombre en la sociedad, por sus condiciones de vida, su educación y se halla estrechamente vinculada al deber. El deber cumplido produce la impresión de “consciencia limpia”; la infracción del deber va acompañada de “remordimientos de consciencia”. La consciencia, como activa reacción del hombre en respuesta a las exigencias de la sociedad, constituye una poderosa fuerza interna de perfeccionamiento moral del ser humano.

Libertad

Del latín *libertatem* de *liber-libre* y *tas-estado*, que no está preso ni oprimido. En el lenguaje cotidiano de nuestros días la palabra *libertad* es una palabra llena de prestigio y aparece constantemente formando parte de frases reivindicativas, tanto en el terreno político como en el económico y social: libertad de pensamiento, libertad de imprenta, libertad

de asociación, libertad de enseñanza, libertad de mercado, o bien, libertad de vestir, libertad de elección de profesores, de amigos por parte de los hijos frente a la eventual imposición de sus padres, o viceversa. Por ello también, correlativamente, la palabra *libertad* suscita recelo, en la medida en que toda reivindicación supone una negación, una –liberación– de un orden o estado de equilibrio vigente (un orden político, económico, familiar) que resiste a esa reivindicación y no siempre por motivos infundados.

A veces, el *recelo hacia la liberación* o el *miedo a la libertad* puede afectar, no ya a los encargados de custodiar el orden sino a los mismos hombres que quieren liberarse de ese orden (al menos cuando esa liberación consiste en algo así como un *salto al vacío*). Así habría ocurrido en la época moderna, a raíz de la disolución del orden feudal, Según Erich Fromm, la angustia o el *miedo a la libertad* puede llegar a conducir, paradójicamente, al deseo de tener un amo, al deseo de un orden rígido y autoritario, inspirado por la *dulzura de obedecer*, como habría ocurrido durante la época nazi. Esto se debe a que la libertad es como una moneda que al reverso tiene la “responsabilidad” y ya sea en forma individual o grupal, hay quienes prefieren no asumir responsabilidades y dejarse conducir por otros, o de plano, por la voluntad divina: “Que sea lo que Dios quiera”.

En cualquier caso, la palabra –libertad–, en abstracto, es uno de los grandes símbolos de nuestra época. Y si como símbolos de la época medieval podrían tomarse los nombres de las tres virtudes teologales: *esperanza* y *caridad*; como símbolos de la época moderna tendríamos que poner a los nombres de los tres ideales supremos consagrados por la revolución francesa: *libertad*, *igualdad* y *fraternidad*.

Los significados personales, sociales o políticos de la palabra –libertad–, ponen a la idea de libertad en el horizonte del *deber ser*. Pero hay que constatar también la

aplicación del concepto a situaciones impersonales: libertad se refiere ahora a la característica de algún sistema (diríamos: un *ser*, más que un *deber ser*) en tanto está dotado de *espontaneidad* de acción; una espontaneidad en virtud de la cual parece ser inmune a trabas exteriores: libre se llama al pájaro que vuela fuera de la jaula, o bien a la rueda que gira sobre un eje sin traba (por cierto, a esta rueda se le llama también –loca). Eminentemente se llama libre al individuo dotado, al parecer, de *libre arbitrio*, que algunos identifican con la facultad de elección, considerándolo como el atributo más relevante de la persona humana, como raíz de su responsabilidad y, por tanto, de su condición de sujeto moral o ético.

De acuerdo con Savater, la libertad puede ser entendida en tres formas de complejidad ascendente:

- a) Libertad como disponibilidad para actuar de acuerdo con los propios deseos o proyectos, que es la forma más común y conocida de ejercer la libertad y que alude a cuando carecemos de impedimentos de cualquier tipo para hacer lo que deseamos, esta acepción incluye no sólo querer e intentar hacer algo, sino también una cierta probabilidad de lograrlo.
- b) La libertad de querer lo que quiero y no sólo de hacer o intentar hacer lo que quiero. Esta perspectiva es desde luego, más sutil y menos obvia que la anterior, así mi “querer algo” es libre, aunque no tenga ninguna posibilidad de obtenerlo.
- c) Libertad de querer lo que no queremos y también de no querer lo que de hecho queremos, que es sin duda la forma de libertad más extraña y difícil de explicar y comprender. En su *Ética a Nicomaco*, Aristóteles lo ejemplifica como aquel, que en una

travesía marítima arroja al mar los tesoros que sobrecargan su barco, porque de no hacerlo harán que zozobre, es decir “quiere” y decide hacer algo que “no quisiera hacer”.

Voluntad

Voluntatem, voluntas, velle desear. Facultad mental que permite escoger o decidir conscientemente lo que uno va a hacer o no hacer. Voluntad es la capacidad para llevar a cabo acciones contrarias a nuestras tendencias inmediatas en un momento dado. Es fundamental para el ser humano. Sin ella, no somos capaces de hacer lo que realmente deseamos, tampoco podemos conseguir los objetivos que nos proponemos, la voluntad es el poder de elección de la conciencia. Es uno de los conceptos más difíciles y debatidos de la filosofía, especialmente cuando los filósofos investigan cuestiones sobre el libre albedrío.

La voluntad se define como la capacidad que tiene una persona para decidir si realizar o no una acción determinada, cuando la desea o tiene intención de realizarla. Decidir en base a “querer esto o lo otro” es condición indispensable para que una acción sea voluntaria y de esa manera se distingue de un acto instintivo o reflejo. Entendida así, la voluntad es la capacidad que dirige a las personas, fomentando su vitalidad y dando sentido a su existencia.

Estas son las etapas que tienen lugar en una acción voluntaria:

- **Motivación.** Inicialmente ocurre un estímulo que induce a la persona a conseguir su objetivo. Es la sensación de deseo o de rechazo, en función de que el estímulo sea agradable o desagradable.
- **Racionalización.** Mediante el razonamiento, se reúnen los datos necesarios para valorar la necesidad de la acción.

Aquí entran en juego la lógica y la ética de la persona, pero también su intuición.

- **Decisión.** En este momento se elige una de las alternativas para realizar la acción o bien se renuncia a realizarla.
- **Acción.** Finalmente se realiza la acción, resultando en una sensación de satisfacción si se alcanza el objetivo deseado, o de frustración si no es así.

Se dice que una persona tiene fuerza de voluntad cuando es tenaz, constante y persevera en su intención, cuando tiene motivaciones potentes, buena capacidad de raciocinio, poder de decisión y firmeza en la acción. Por el contrario, una voluntad débil es consecuencia de una falta de motivación, de una racionalización confusa, de una profunda indecisión o de una acción inhibida o perezosa.

Diversos filósofos han estimado la voluntad como similar o secundaria a otros aspectos de la personalidad. Platón creía que la *psique* se dividía en tres partes: razón, voluntad y deseo. Para filósofos racionalistas, como Aristóteles, Santo Tomás de Aquino y René Descartes, la voluntad es el agente del alma racional que gobierna los apetitos puramente animales y las pasiones. Algunos filósofos empíricos, como David Hume, no cuentan con la importancia de las influencias racionales en la voluntad; consideran la voluntad dirigida sobre todo por la emoción. Filósofos evolucionistas como Herbert Spencer y pensadores pragmáticos como John Dewey, conciben la voluntad no como una facultad innata sino como el producto de la experiencia que evoluciona de una forma gradual como las ideas y la personalidad individual en la interacción social.

Son muy reconocidas las posturas de Arthur Schopenhauer (*El mundo como voluntad*) y de Friedrich Nietzsche quien hace de la “voluntad de poder” un concepto importante de su filosofía. Schopenhauer plan-

teaba una “voluntad de vivir”, en el que las cosas vivientes se encontraban motivadas por la sustentación y desarrollo de sus propias vidas. En cambio, Nietzsche planteaba una voluntad de poder en la que las cosas vivientes no sólo se encuentran motivadas por la mera necesidad de mantenerse vivas, sino que, en realidad tenían una gran necesidad de ejercer y utilizar el poder para crecer y expandir su fortaleza y posiblemente para someter otras voluntades en el proceso. Nietzsche veía la “voluntad de vivir” como secundaria de una primaria “voluntad de poder” y mejoramiento o afirmación de la vida. De este modo, se oponía al darwinismo social en la medida en que criticó la validez del concepto de adaptación, que consideraba una “voluntad de vivir” estrecha y débil.

Otro punto particular de la voluntad de poder es, que es un proceso de expansión de la energía creativa, que de acuerdo con Nietzsche era la fuerza interna fundamental de la naturaleza. Nietzsche no se refería a un poder físico o político, sino que a la “voluntad de poder” como un concepto particular e inédito, a diferencia de la unión de dos conceptos por separados: voluntad y poder.

En definitiva, el hombre que guía su vida según la voluntad de poder (el superhombre), es un hombre que intenta siempre superarse así mismo, mejorarse en todas sus facetas, etc. No tiene en cuenta lo que los demás piensen o digan de él, se enfrenta a la vida y asume la realidad, procura vivir de una manera tal que si tuviera que vivir de nuevo infinitas veces esa misma vida, sea feliz al hacerlo.

Es un hombre libre que repudia el vicio, que es debilidad y esclavitud. Jean Jacques Rousseau utiliza el concepto de voluntad general en *El Contrato Social*. Hasta entonces el bien común, interpretado por el gobernante, había sido la guía de actuación en cualquier sistema político. Incluso en la monarquía absoluta, la voluntad del rey era

la ley, sólo sujeta al juicio de Dios. La voluntad general sigue siendo un concepto fundamental para entender la toma de decisiones en democracia.

Heidegger y Deleuze han propuesto que la voluntad de poder y el eterno retorno deben considerarse en conjunto. Primeramente, el concepto debe ser contrastado con la “voluntad de vivir” de Schopenhauer y considerar el trasfondo y críticas de Nietzsche a Schopenhauer.

Por su parte, los psicólogos actuales tienden a aceptar la teoría pragmática de la voluntad. Consideran la voluntad como un aspecto o cualidad de la conducta, más que como una facultad diferenciada: es la persona la que dispone. Este acto de voluntad se manifiesta de la siguiente manera:

- **Primero**, en la fijación del interés sobre metas más o menos distantes y modelos y principios de conducta abstractos hasta cierto punto.
- **Segundo**, al ponderar vías alternativas de acción y efectuar acciones deliberadas que parecen mejor calculadas para servir a principios y metas específicos.
- **Tercero**, en la inhibición de impulsos y hábitos que pudieran distraer la atención o entrar en conflicto con un principio o un fin.
- **Por último**, en la perseverancia frente a obstáculos y frustraciones en la persecución de metas y en la adhesión a principios establecidos previamente.

Entre los defectos comunes que pueden conducir a la debilidad de la voluntad figuran la ausencia de objetivos que exijan esfuerzo o de ideales y modelos de conducta que merezcan ser considerados, atención vacilante, incapacidad para resistir los impulsos o romper hábitos y la incapacidad para decidir entre alternativas o asumir una decisión, una vez tomada.

El comportamiento, como resultado

Ya decíamos antes, que los humanos poseemos muchos atributos de los cuales podemos echar mano para llevar a cabo la labor de transformación de nosotros mismos que tanto della Mirandola como Sartre, refieren.

Entre esos atributos destacamos sobre todo, la consciencia, la libertad y la voluntad y hemos hecho una breve descripción de estos conceptos, que oscilan entre lo filosófico y lo psicológico.

Ahora toca explicar que estos atributos no se encuentran desligados entre sí, ni de otros atributos que consideramos incluidos en los que estamos abordando y que su descripción sólo puede hacerse por separado, como mero ejercicio didáctico, pero en la realidad nunca podría ser de esta manera. Así pues, de la interacción de la consciencia, la libertad y la voluntad, se tiene como resultado un comportamiento determinado. (Figura 27-1).

Es el comportamiento de las personas el que obedece a exigencias éticas, es decir, la necesidad de contar con pautas y normas de comportamiento. También, es el comportamiento de las personas, los actos cometidos, pero también las intenciones y

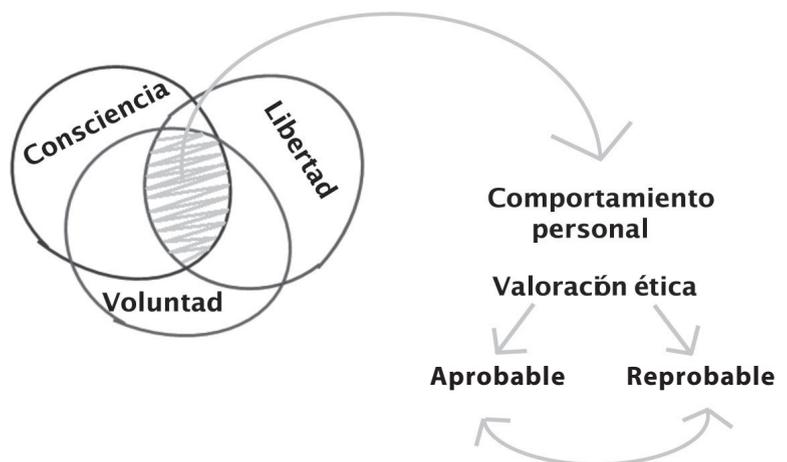


Figura 27.1

hasta las omisiones, lo que puede valorarse, juzgarse como aprobable o no, obedeciendo a un sentido ético o sea la tendencia que tenemos todos de valorar, cuestionar y juzgar el comportamiento propio o ajeno.

Los actos pueden ser considerados como buenos o malos, según cada quien, pero eso no significa que entonces existe una ética flexible y elástica que todo lo cobija, de ninguna manera. La conceptualización que hemos hecho en los párrafos anteriores, tiene como propósito contar con elementos que nos permitan ponderar razonablemente, nuestros actos y los ajenos.

De esta manera, los actos que pueden ser objeto de una valoración ética, de un juicio ético, son aquellos en los que se actúa

haciendo uso de la consciencia, la libertad y la voluntad. La **Figura 27-1**, muestra una flecha de doble sentido que va del comportamiento éticamente aprobable al no aprobable, esto significa que no todo lo que hacemos es bueno, ni todo lo que hacemos es malo. Las personas más bondadosas pueden tener algo que los ponga en mal delante de otros; así como los más ruines y malvados cometen también actos buenos. El comportamiento es dinámico, está cambiando a cada instante, oscila entre lo bueno y lo malo y además, es gradual.

Si estos atributos nos confieren una capacidad de acción (*Figura 27-2*), los actos ante los que debemos responder son **únicamente** aquellos en los que actuamos *sabiendo* lo que ocurriría o que pudo haber ocurrido, aún sin poder precisar esto último o sea sabiendo que puede ocurrir no sé que; *pudiendo* hacerlo sin coerciones y *queriendo* hacer o no hacer tal o cual cosa, no más, pero no menos.

Y retomando a della Mirandola, serán nuestros actos los que nos conduzcan a degenerar como los seres inferiores que son las bestias o construirnos en las realidades superiores que son divinas. Cada quien elige como quiere ser y se elige mejor: **sabiendo**, sin que nada o nadie nos lo impida y ejerciendo nuestra **voluntad**. Así de sencillo.

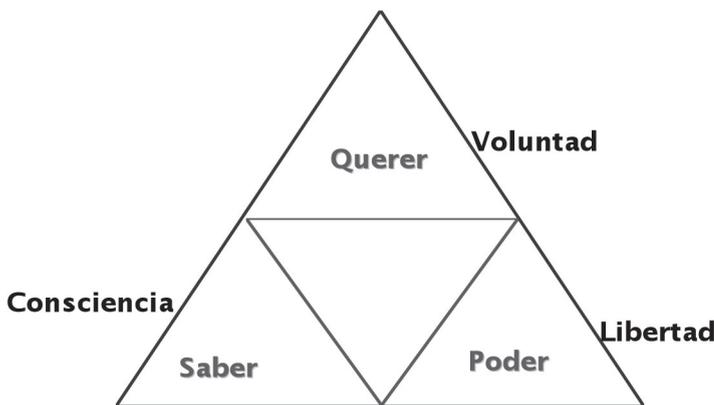


Figura 27.2

Bibliografía

GARCÍA SIERRA, P. Diccionario filosófico Filosofía en español.
<http://es.wikipedia.org>
<http://filosofia.org/filomat>
<http://mx.encarta.msn.com/encyclopedia>
<http://www.fgbueno.es/gbm/gb96sv4.htm>
<http://www.fgbueno.es/med/dig/gb96sv4.pdf>
<http://www.geocities.com/ermoquisbert/diccrosental.htm>

IUDIN R. Diccionario Filosófico.
 PORTE, K.; VILLALOBOS PÉREZ; MARTÍNEZ GONZÁLEZ; TARASCO, M. (2009). Introducción a la Bioética. Ed. Méndez Editores. Tercera impresión.
 RODRÍGUEZ, et al. Ética. Ed. Addison Wesley Longman. Serie AWLI.
 SAVATER, F. (1999). Las preguntas de la vida. Ed. Ariel SA. Barcelona, España.

Ser humano... ser persona



MSP Luis Enrique DÍAZ PÉREZ

A MENUDO ante determinadas circunstancias escuchamos o decimos que “debemos ser tratados como personas” o que alguien ha recibido un “trato inhumano”. Esto hace suponer al menos dos cosas: una, que existen ciertas condiciones que como mínimo deben cumplirse para considerar que la forma como se tratan los individuos entre sí, merece ser calificado como “humano” o de “personas”; lo otro es que si esas condiciones no se cubren, se produce tal grado de insatisfacción, que con justificada razón puede dar lugar a exigir el cumplimiento de esas condiciones. ¿En donde radican y cuáles son las condiciones que dan lugar a esos supuestos?

Entre las muchas cosas que distinguen a las personas, de los animales, está que el

hombre se estudia a sí mismo y sus estudios a lo largo del tiempo, han sido tan profusos como incompletos, porque nunca ha sido posible explicar la naturaleza del hombre y en este punto vale la pena recordar a Jaspers (Karl Theodor Jaspers 1883–1969, psiquiatra alemán y filósofo existencialista que tuvo una fuerte influencia en la teología, en la psiquiatría y en la filosofía modernas) cuando afirma que el hombre es accesible para sí mismo en dos formas, como “objeto de investigación” y como “existencia de una libertad inaccesible a toda investigación” es decir, que “en un caso el hombre es un objeto, en el otro, es algo no objetivo” para concluir “lo que es el hombre no podemos agotarlo en un saber de él, sino sólo experimentarlo en el origen de nuestro pensar y

actuar. El hombre es radicalmente más de lo que puede saber de sí”. Así que en este breve ensayo me limitaré a tratar de explicar la relación entre personas y cuándo esta relación puede considerarse humana o no, en base a algunos referentes.

El concepto del que me ocupo aquí parte de dos palabras: humano y persona. La palabra “humano” significa “relativo al hombre”, viene del latín *humanus* humano; del indoeuropeo *ghom-on* humano, del latín *hominem*, acusativo de *homo* hombre. Del indoeuropeo *ghom-on*, *dghom-on* hombre y significa hombre ser humano, persona. También tiene un significado restringido cuando se aplica al género masculino, varón. “Hombre” es un término más genérico o indeterminado, que linda con lo zoológico, se dice: “Hombre de las cavernas” pero no: “Persona de las cavernas”.

Persona viene del latín *persona* que significa “personaje de teatro, actor” porque *persona* también significa máscara, más específico aún, máscara de actor. La palabra probablemente tenga raíces en el etrusco *phersu* máscara y en el griego *prósöpon* cara, máscara, personaje dramático.

La palabra persona nos remite a los diferentes roles que jugamos en la vida y a los distintos rostros que utilizamos para esa representación de la vida, como sucede en el teatro y para ello utilizamos distintas máscaras. Pero también la palabra “humano” suele usarse en un significado superior cuando nos remite a lo esencial, a lo exclusivamente humano. Resumiendo, las palabras *persona* y *humano* se pueden utilizar como sinónimos, pero no hay que olvidar que cabe un concepto de hombre, al margen del concepto de persona.

La presencia de cada uno de nosotros en el mundo, se da bajo una conjunción de circunstancias en las que prácticamente no participamos y somos producto de ellas. Nacemos sin haberlo pedido, rodeados de situaciones, personas y cosas que no elegi-

mos, como tampoco decidimos poseer o no los atributos humanos que por naturaleza nos son otorgados. El lenguaje y la máscara y aún nuestro propio mundo, forman parte de esos atributos, son instrumentos que disponemos los individuos para representar nuestro papel en la vida. Lo cierto es que cada quien vive circunstancias distintas y nos vemos presentes en el mundo, obligados a conquistar una personalidad que en el mejor de los casos, debe ser original. Es decir que debemos ser no sólo actores, sino autores de nuestro propio personaje. Pero eso no es todo, también hay que subrayar que al nacer, no traemos instructivos para ello y por tanto, la vida se complica.

Retomando a Jaspers que dice que somos algo objetivo, pero al mismo tiempo somos también algo no objetivo, sus ideas se corresponden, en el primer caso con **el ser**, entendido éste como lo que es de fijo, lo que acontece en la realidad, independientemente de nuestra voluntad y nuestro obrar, es decir, lo que hay o existe en general, todas las cosas animadas o inanimadas de este mundo. El segundo concepto, lo no objetivo, se corresponde con **el deber ser**, que sólo es aplicable al hombre, a las personas. El deber ser, es a partir del cual se construye la axiología (los valores) del mundo y establece las bases de la conducta moral, ya que solamente los actos libres, voluntarios y autónomos son los que pertenecen al mundo moral, por tanto, es donde se instala la ética.

Así, al transcurrir la vida de los individuos, el ser objetivo, corporal, crece, madura, se reproduce y muere; por su parte, el ser no objetivo, en la medida que cumple con su deber ser, lleva a cabo una dinámica compleja de procesos y transformaciones que expresa mediante su comportamiento, alejándose más y más del concepto de hombre (*homo*) y expandiendo las cualidades que le distinguen como humano y como persona.

De esta manera, la vida de las personas toma características totalmente distintas a las de los demás seres vivos de la naturaleza. La vida de los animales, queda limitada al ser y toma formas de sobrevivencia, de conservación a través del instinto. Las personas, al tomar el gobierno de su existencia, la interpretan y la comunican a las demás personas a través de todos sus actos, su trabajo, sus juegos, las artes, su fe y haciendo uso de todas las formas de comunicación que tienen a su alcance. Las personas desenvuelven un discurso con su vida.

La persona es una totalidad indivisible que integra distintas dimensiones: física, mental, emocional, espiritual y social.

- **Dimensión física.** Es un hecho que la parte objetiva y constatable empíricamente de nuestra existencia, se da por nuestro ser corpóreo. Somos un cuerpo constituido por sustancias que a su vez, componen células, tejidos, órganos, aparatos y sistemas.
- **Dimensión mental.** Consiste en la capacidad de desarrollar una serie de procesos de la inteligencia que nos permiten el pensamiento lógico, realizar operaciones matemáticas y abstracciones en general.
- **Dimensión emocional.** Es la capacidad de experimentar y demostrar senti-

mientos, hay una amplia gama de ellos, en general se acepta que los llamados sentimientos primarios son: miedo, alegría, tristeza, enojo y afecto.

- **Dimensión espiritual.** Más que conceptos, esta dimensión consiste en la percepción de totalidad objetiva y no objetiva de sí mismos y saberse a la vez parte de una totalidad que integra la naturaleza y el universo. Filosóficamente, esto es el absoluto; en el plano religioso, es la idea de Dios. También se relaciona con el sentido de la existencia; el equilibrio entre la vida propia y el universo y la noción de ser más allá del mundo y de la vida física, trascender.
- **Dimensión social.** Una característica insustituible en las personas es que vivimos necesariamente en relación con otras personas. El deber ser significa obligaciones pero también derechos, que tienen su expresión máxima en la relación entre personas. Es ante los demás que las personas expresan su discurso de vida, es de los otros y nuestra relación con ellos, de lo que depende nuestro propio ser. Dicho por Umberto Eco: “Es el otro, su mirada lo que nos define y nos forma”.

En la siguiente tabla, se pueden resumir las ideas hasta ahora expresadas:

Dos formas de conocer al hombre	Dimensiones	Desarrollo	Correspondencia
Objetivo	Corporal o física	Crece, madura, se reproduce y muere	El ser acontece en la realidad, con todas las cosas animadas o inanimadas de este mundo
No objetivo	Mental, emocional, espiritual y social	A través de procesos cognitivos y experiencias, se lleva a cabo una dinámica compleja de procesos y transformaciones expandiendo las cualidades que le distinguen como persona	El deber ser establece las bases de la conducta moral a través de actos conscientes, autónomos y voluntarios

La persona entonces, es una totalidad objetiva o corpórea, indivisiblemente fundada otra no objetiva, en la que radican las dimensiones mental, emocional, espiritual y social, al mismo tiempo. El cuerpo es parte intrínseca de la persona; no es un traje que puede ponerse quitarse a voluntad, no tenemos un cuerpo, somos nuestro cuerpo y esta verdad, tiene implicaciones importantísimas de índole moral, el deber ser.

Ser persona es obligarse a cumplir deberes frente a otras personas, así como tener la facultad de reclamar derechos frente a terceros.

Ser persona es estar en disposición de hacer planes y programar nuestra vida, pero no sólo eso, sino también poder formar parte de los planes y programas, a corto o largo plazo, de otras personas. Incluso, desde luego, de los programas y planes que son incompatibles con los propios, aquellos cuya confrontación implica una convivencia violenta, no sólo la convivencia pacífica. Así es el mundo real.

Ser persona es una multi-dimensión. Significa una estrecha cercanía con las demás personas, en forma objetiva o no objetiva, como lo señalé antes, es estar disponible a los otros, reconociéndonos en los demás, sabiéndonos iguales. Ser persona es estar en unión con el otro. La relación, la comunicación, es lo que nos permite esa unión, juntos nos convertimos en nosotros. Ser para todos sin dejar de ser yo, reconociendo la existencia de diferencias, étnicas, culturales, de edad, sexo, etc. Ser persona es la posibilidad de trascender la naturaleza. Ser para servir a los demás, de otra forma carece de sentido.

Hay una canción de Joan Manuel Serrat que sintetiza estas ideas musicalmente, en “Te guste o no”, Serrat encuentra similitudes y diferencias entre él mismo y alguien originario de África, esta es parte de la letra:

“...Puede que a ti te guste o puede que no pero el caso es que tenemos mucho en común. Bajo un mismo cielo, más o menos azul,

compartimos el aire y adoramos al sol. Los dos tenemos el mismo miedo a morir, idéntica fragilidad, un corazón, dos ojos y un sexo similar y los mismos deseos de amar y de que alguien nos ame a su vez... por suerte somos distintos también. Yo tengo una esposa, tú tienes un harén, tú cultivas el valle yo navego la mar... yo blanco y tú como el betún y, fíjate, no sé si me gusta más de ti lo que te diferencia de mí o lo que tenemos en común... me caes bien por ambas cosas. Lo común me reconforta, lo distinto me estimula. Te guste o no...”

Retomando nuestro planteamiento inicial ¿cómo esperan las personas ser tratadas por los demás?, esto es ¿por otras personas?, sin duda alguna con las consideraciones que implica tener la condición de ese ser objetivo corporal y no objetivo inteligente, emocional, espiritual y social.

En nuestra dimensión corpórea, todos esperamos ser tomados en cuenta al pasar, al estar junto a otros, en la medida que las circunstancias nos vinculan o no, por ejemplo: si estamos en un autobús, en una fila para pagar en una caja o caminando por la calle, esperamos que nos vean, que se respete nuestro espacio vital y no nos atropellen, aunque no nos dirijan siquiera la palabra; por otra parte, nos molesta u ofende que nos ignoren, que los demás pasen de largo ante nosotros sin siquiera advertir nuestra presencia. Más aún cuando nos encontramos en una situación que contenga elementos de relación más estrechos, como ocurre en la familia, entre estudiantes y profesores o en la relación médico paciente, en cuyo caso, lo esperado es una actitud de atención, de escucha, de comunicación en sus diferentes formas. La comunicación corporal y la proximidad son situaciones de apertura y de permisividad que tienen sus códigos y se da en situaciones específicas, el análisis de esas situaciones tiene su lugar en la esfera de lo no objetivo.

Y si esperamos esas consideraciones en lo físico o corpóreo, no es menos importante lo esperado en el plano de lo no objetivo,

es decir, no ser violentados en nuestra inteligencia, nuestros sentimientos, la forma de percibir nuestra espiritualidad y en la manera como se da nuestra relación interpersonal. De hecho históricamente, después de las épocas en que se vivió la esclavitud, se sufre la violencia contra el intelecto, se agreden los sentimientos, los ideales, la fe, se discrimina y con ello se excluye socialmente, lo que significa dar un trato que no se considera humano.

Lo anterior no quiere decir que a nadie se le contradiga y como decimos coloquialmente, “podamos hacer todo lo que nos dé la gana”, de ninguna manera, precisamente, en el deber ser radica la posibilidad de requerir la existencia de normas morales y legales que pongan límites en nuestro comportamiento y admitir que las personas somos poseedoras de este ser objetivo y no objetivo, lo mismo que dimensiones física, mental, emocional, espiritual y social, lo cual es contar con elementos para percibir y entender la igualdad entre las personas, la posibilidad de expandir nuestras cualidades humanas y por tanto, de encontrar formas

de relación interpersonal más eficaces, más aceptables, más respetuosas y respetables, dignas de humanos.

Entonces, el trato humano o personal, no está condicionado al nivel intelectual, cultural o socioeconómico, porque todos estos factores nada tienen que ver con las dimensiones ya explicadas. Desde luego, es posible esperar que las personas con mayor cultura demuestren actitudes más humanitarias, porque se han sometido a ciertos procesos cognitivos, pero esto no es suficiente ni sigue siempre una relación directa.

El hecho de poseer la naturaleza humana ya explicada, es suficiente para el esperado trato humano, que es más una experiencia de vida, más intuición que razón y pone en movimiento al ser y deber ser en todas sus dimensiones: física, mental, emocional, espiritual y social de las personas.

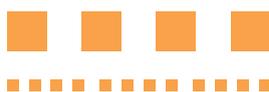
Cabe ahora preguntarnos ¿qué trato doy a los demás?, ¿cómo acepto ser tratado?, ¿doy a los demás el trato que se merecen?, ¿recibo el trato que me he ganado? La vida diaria, es una oportunidad inmejorable para contestar estas preguntas.

Bibliografía

ECO, U (2008). ¿En qué creen los que no creen? Editorial Taurus, México.
JARAMILLO, H (2004). Valor para vivir. Ediciones Koala. Promolibro.

JASPERS, K (1973). La filosofía desde el punto de vista de la existencia. FCE Buenos Aires.

El enfermo “terminal mental” y bioética



Dr. Pedro E. TOLENTINO BARAJAS

ES INDUDABLE que una de las características fundamentales de la filosofía es la de proponer para la discusión, aquellos conceptos, temas, situaciones, críticas, iniciativas, lo “no dado”, etc., para que de esa manera se hagan presentes las condiciones de posibilidad para una nueva contemplación del *state of affairs* apercibido del mundo.

Este trabajo apunta a uno de los desarrollos actuales más importantes en filosofía y que corresponde a la bioética de suya problemática y compleja; polifacética en sus posibilidades de abordaje y tratamiento. Como sabemos, la ética es la reflexión crítica sobre los valores y principios que guían nuestras decisiones y comportamientos. Y, en ese sentido, no puede ser calificada de “buena” o mala”. Por otra parte, la palabra bioética es un neologismo acuñado en 1971 por Van Rensselaer Potter (en su libro *Bioethics: Bridge to the future*), en el que este

autor englobaba la “disciplina que combina el conocimiento biológico con el de los valores humanos”. La *Encyclopedia of Bioethics* (coordinada por Warren Reich) define la bioética como: “El estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado sanitario, en cuanto que tal conducta se examina a la luz de los valores y de los principios morales”.

En la actualidad, la bioética abarca no únicamente los aspectos tradicionales de la ética médica, sino que incluye la ética ambiental, con los debates sobre los derechos de las futuras generaciones, desarrollo sostenible, etc. (De hecho, el libro de Potter trataba las cuestiones éticas en relación al medio ambiente con perspectivas evolutivas, pero posteriormente el término bioética se ha usado sobre todo para referirse a la nueva ética médica y a la ética de los nuevos avances en biomedicina). El objetivo de la

bioética, tal como la “fundaron” el *Hasstings Center* (1969) y el Instituto Kennedy (1972) era animar al debate y al diálogo interdisciplinar entre la medicina, la filosofía y la ética, y supuso una notable renovación de la ética médica tradicional.

Por nuestra parte, en este trabajo el objetivo es el de proponer para la discusión el debatido constructo: *enfermo terminal*. Aplicando este concepto no solamente a lo que nosotros hemos llamado “enfermo orgánico terminal¹” sino que lo llevaremos más adelante y lo extenderemos a lo que aquí calificamos de “enfermo mental terminal”.

Para el caso nos apoyaremos antropológicamente en la visión kantiana de ser humano, entendido este como un fin en sí mismo y no un medio. Pero no creemos que exista una contraposición con una visión personalista, puesto que en esta visión, como lo señala el doctor De la Presa: “La tradición personalista hunde sus raíces en la razón misma del hombre y en el corazón de su libertad: el hombre es *persona* por ser el único Ser en el que la vida se hace capaz de reflexionar sobre sí misma, de autodeterminarse; es el único ser viviente que tiene la capacidad de captar y descubrir el sentido de las cosas y de dar sentido pleno a sus expresiones y a su lenguaje consciente”. También hacemos uso, a manera de herramientas metodológicas de los cuatro principios de la bioética médica siguientes: 1. *autonomía*, 2. *beneficencia*, 3. *no-maleficencia* y 4. *justicia*.² Por otra parte, y debido a nuestra formación también

en psicología aceptamos la clasificación del *manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* en su cuarta revisión.³ La que creemos reúne objetividad y precisión en la comprensión de las enfermedades mentales, así como la suficiente claridad para abordar este complejo problema. Que, por otra parte, es la clasificación aceptada internacionalmente en psiquiatría y psicología.

La justificación provisional de este trabajo, entre seguramente muchas más posibilidades, es que creemos que el enfermo mental terminal, si bien es cierto se ha abordado en la literatura bioética contemporánea, esta no lo hace sin embargo, primero con ese constructo conceptual y, segundo, no vemos que se revise en forma suficiente en asuntos que apuntan hacia categorías como: eutanasia, suicidio asistido, donación de órganos, terapia, entre otros.

Es de suyo obvio que el marco teórico para este trabajo es en consecuencia doble: Por una parte tenemos a la bioética y por la otra tenemos a la psicología. Y, desde estas dos perspectivas creemos que se conservará la coherencia interna de nuestra argumentación, además de corresponderse congruentemente con la realidad empírica hasta el momento percibido en estos campos y en relación al enfermo mental terminal.

Con estos antecedentes; el problema al que nos enfrentamos es el siguiente: En las enfermedades mentales terminales, al paciente se “le deja” a que la enfermedad siga su “curso normal”. Es decir, se le da una te-

1 Armando Roa nos dice solamente unas lacónicas frases sobre el enfermo terminal, que aquí llamamos nosotros aquí: *mental terminal*: “En las enfermedades inmersas en la demencia, la vecindad de la muerte se vuelve invisible para el enfermo, que además de vivir sólo en el mero presente como es lo propio de tales cuadros y por lo tanto ajeno al futuro, no hay atisbo claro de la muerte. La palabra muerte no despierta en esa mente resonancia alguna, o si a veces la tiene, es algo fugaz, que desaparece en medio de la apatía, o de las preocupaciones insustanciales del instante. Como se comprende de suyo, el informar al paciente de que su fin es el deterioro psíquico cada vez mayor y la pérdida de la existencia, caería en el vacío y no sería entendido.” *Cfr.* Roa, Armando. *Ética y bioética*. Edit. Andrés Bello, Chile, 1998. p. 238.

2 La perspectiva en donde surgen o son incorporados a la bioética médica estos cuatro principios se conoce como Principialismo, y se debe a Beauchamp, T. L. y Childress, J. F. Introducidos en su obra: *Principles of Biomedical Ethics*, 4ª edición, New York: Oxford University Press, 1994.

3 Pichot, Pierre (coordinador general), *DSM-IV, Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Masson, S.A., Barcelona, 1998.

rapia tanto farmacológica como psicológica de “mantenimiento”, pero no se nos instruye a todos nosotros con anterioridad al inicio de la enfermedad, en qué es lo que podemos hacer, en forma autónoma, y decidir sobre nuestra vida en caso de contraerla. En otras palabras, ¿podemos hablar de eutanasia, suicidio asistido, donación de órganos? y, teniendo como cimiento el principio de autonomía, para que el posible paciente, mediante una disposición por adelantado⁴ (*advance directive*), pueda asistir a una autoridad —v. gr. un notario público— y dictarla con un contenido que no de lugar a la menor duda, acerca de lo que él dispone para sí mismo al presentarse o avanzar la enfermedad.

Desde luego que este asunto se complica con la discusión acerca de si se trata de la misma persona que dicta su disposición adelantada, con respecto a aquella que ya padece la enfermedad. La ética médica también entra en conflicto, puesto que será el área de la salud quien lleve a cabo la disposición del enfermo. Pero no es esta la única dificultad, pues aún no existe una legislación definitiva para este tipo de asuntos. Y en el peor de los casos, ¿quién legislará sobre el problema? Seguramente no los políticos, sino más bien los expertos, tanto en ética, como en derecho, medicina, psicología y psiquiatría. Todo lo anterior, sólo para mencionar la complejidad del asunto que trataremos de abordar.

Así las cosas, tenemos que efectuar una reducción, o delimitación del ámbito de alcance de este trabajo y dirigirnos por el momento a enfermedades o entidades como la enfermedad de Alzheimer, que si bien no la utilizamos como paradigmática es cierto, sin embargo, que es suficientemente ejemplificativa de un trastorno mental que conlleva la demencia como característica diagnóstica

principal, y en consecuencia pone en entredicho el concepto de persona y los principios de autonomía, justicia, beneficencia y no-maleficencia en la práctica médica. Pero que resultan mucho más problemáticos cuando quieren ser aplicados por el mismo sujeto que padece el trastorno.

A manera de hipótesis, suponemos nosotros que de contarse con una mayor precisión en los conceptos bioéticos y psicológicos-psiquiátricos, estaremos formando condiciones de posibilidad para argumentar a favor de una práctica de la ética que tome en cuenta al individuo y su derecho a dictar directivas por adelantado, en el caso de contraer una enfermedad mental terminal. Con lo cual, por consiguiente, pueda disponer de su persona en los casos que así lo determine él mismo. Pero no sólo esto, sino que además su decisión sea respetada y ejecutada al pie de la letra, tal y como si se tratase de una disposición testamentaria.

Para ello, hemos dividido este trabajo en las siguientes partes: 1. *Enfermedad mental terminal* (Alzheimer) 2. *Principios en bioética*, 3. *Conclusiones*, 4. *Bibliografía general*.

La revisión de fuentes de información nos han indicado que podemos abordar el tema con cierto grado de originalidad, puesto que como lo mencionamos arriba, al parecer esta dirección que exploramos ahora nosotros, al menos no lo ha sido en una medida suficiente para proporcionar una orientación sobre el ¿qué hacer? Que, a fin de cuentas está a la base de cualquier argumentación sobre la problemática ética. Y, que si resulta ser cierto que en ética los juicios no son sino un estado de ánimo, como se alegó en la filosofía analítica, entonces se respeten también esos estados de ánimo ya que se autofundamenta en sí misma la toma de decisiones.

⁴ Cfr. Buchanan, Allen. *Advance Directives and the Personal Identity Problem*, en Harris, John, *Bioethics*. Oxford University Press, Oxford Readings in Philosophy, New York 2001, capítulo 6.

El enfermo mental terminal

Para guardar un orden lógico en este trabajo, lo primero que debemos hacer es dejar en claro a qué nos estamos refiriendo cuando hablamos de “enfermo mental terminal”, para que una vez hecho esto podamos adentrarnos en los terrenos de la bioética aplicada a esta entidad.

Como lo decíamos en la introducción, para nuestro trabajo sólo nos referiremos a la demencia tipo Alzheimer, pues la consideramos lo suficientemente clara en sus parámetros patológicos como para que nos sirva de modelo y para lo que entendemos por enfermo mental terminal.

En primer lugar definiremos demencia: *Dementia is defined by W. A. Lishman (1978) as an “acquired global impairment of intellect, memory, and personality but without impairment of consciousness”*.⁵ Existe pues, un deterioro global del intelecto, la memoria, pero sin deterioro de la conciencia. Esta última idea se explica de la manera siguiente: la persona demente tiende a vivir su vida por completo en un tiempo presente, pero ese tiempo es el pasado remoto, conservando por consiguiente la conciencia de él. También puede explicarse de forma que:

Los trastornos del apartado «Demencia» se caracterizan por el desarrollo

de múltiples déficit cognoscitivos (que incluyen el deterioro de la memoria) que se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica, a los efectos persistentes de una sustancia o a múltiples etiologías (*v. gr.*, efectos combinados de una enfermedad cerebrovascular y la enfermedad de Alzheimer). Los trastornos de este apartado se caracterizan por un cuadro clínico con síntomas comunes, pero se diferencian en base a su etiología.⁶

Ambas aproximaciones coinciden en lo sustancial; la primera desde la filosofía de la mente y la segunda haciendo énfasis en los aspectos psiquiátricos y psicológicos de la patología. Pero cualquiera que sea el caso, el hecho es de que se trata de un deterioro significativo que repercutirá en “el estar en el mundo” con todo lo que esto implica para el paciente demente.⁷

Refiriéndonos ya específicamente a la enfermedad de Alzheimer⁸, este se caracteriza de la siguiente manera:

El inicio de la demencia tipo Alzheimer es gradual e implica un deterioro cognoscitivo continuo (Criterio C). Debido a la dificultad de obtener pruebas patológicas directas de la presencia de la enfermedad de Alzheimer,

5 Cfr. Underwood, Geoffrey (edited by). *The Oxford Guide to the Mind*, Oxford University Press, New York, 2001. p. 137.

6 Cfr. Pichot, Pierre, Op. Cit. P. 139.

7 El término «demencia» implicaba históricamente un curso progresivo o irreversible. Sin embargo, la definición de demencia del DSM-IV se basa en un patrón de déficit cognoscitivos y no conlleva connotaciones acerca del pronóstico. La demencia puede ser progresiva, estática o en remisión. La reversibilidad de la demencia está en función de la patología subyacente y de la rapidez y disponibilidad de aplicación del tratamiento eficaz. El modo de inicio y el curso subsiguiente dependerán también de la etiología subyacente. El grado de discapacidad depende no sólo de la gravedad de los deterioros cognoscitivos del individuo, sino también de la disponibilidad de soporte social. En las formas avanzadas de demencia los individuos pueden llegar a estar totalmente desconectados del entorno y requerir cuidados constantes. Los individuos con demencia grave son susceptibles a los accidentes y a las enfermedades infecciosas, que con frecuencia producen un fatal desenlace. *Ibid.* p. 143 – 144. En este caso las negrillas también son nuestras por los mismos motivos mencionados con anterioridad.

8 La demencia tipo Alzheimer puede presentar características psicóticas pero no definidoras de la patología. Por síntomas psicóticos entendemos: “Todos los trastornos incluidos en esta sección tienen síntomas psicóticos como característica definitoria. Los otros trastornos que pueden presentarse con síntomas psicóticos (...). Históricamente, el término psicótico ha sido definido de varias formas distintas, ninguna de las cuales ha sido universalmente aceptada. La definición más restrictiva del término psicótico se refiere a las ideas delirantes y a las alucinaciones manifiestas, debiendo presentarse estas últimas en ausencia de conciencia de su naturaleza patológica. Una definición algo menos restrictiva también in-

el diagnóstico sólo se establecerá tras haber descartado otras etiologías de demencia. Específicamente, los déficits cognoscitivos no se deben a otras enfermedades del sistema nervioso central que provocan déficit progresivos en las capacidades cognoscitivas y en la memoria (*v. gr.*, enfermedades cerebrovasculares, enfermedad de Parkinson, corea de Huntington), ni a enfermedades sistémicas que es conocido que provocan demencia (*v. gr.*, hipotiroidismo, deficiencia de vitamina B₁₂, infecciones por el VIH), ni tampoco a efectos persistentes del consumo de sustancias (*v. gr.*, alcohol) (Criterio D). Si hay una etiología añadida (*v. gr.*, traumatismo craneal que empeora la demencia de tipo Alzheimer), ambos tipos de demencia deberán ser codificados. La demencia tipo Alzheimer no debe diagnosticarse si los síntomas se presentan exclusivamente durante el delirium (Criterio E). Sin embargo, el delirium puede sobreañadirse a una demencia previa de tipo Alzheimer, en cuyo caso debe señalarse el subtipo con delirium. Por último, los déficits cognoscitivos no se explican por la presencia de otro trastorno del Eje I (*v. gr.*, trastorno depresivo mayor o esquizofrenia) (Criterio F).⁹

Los criterios diagnósticos de la patología están dentro de la misma cita anterior. Podemos destacar entre ellos que el deterioro cognoscitivo es permanente y continuo. Existen dos tipos de inicio de la demencia, el primero es de *inicio temprano*, hacia los 65 años o antes (se conocen casos de inicio de Alzheimer a los 40 años de edad) y, el segundo es de *inicio tardío* si se presenta después de los 65 años de edad. Otros subtipos son; con *ideas delirantes*, con *estado de ánimo depresivo* y *no complicado*. La prevalencia del Alzheimer es alta ya que se estima entre el 2 y el 4 % de la población mayor de 65 años presenta este tipo de demencia. La prevalencia aumenta con la edad, en especial después de los 75 años. Por otra parte:

El curso de la demencia tipo Alzheimer progresa lentamente, el individuo padece una pérdida de 3 a 4 puntos al año en la evaluación estandarizada con instrumentos como el examen del estado mental (mini-mental). Se han descrito diversos patrones de déficit. Un patrón habitual es el inicio insidioso, con rápidos déficit de memoria reciente, y el desarrollo de afasia, apraxia y agnosia después de algunos años. Algunos individuos presentan cambios de personalidad o aumento de la irritabilidad en estadios iniciales. En fases avanzadas de la enfermedad pueden presentarse

cluiría las alucinaciones manifiestas que son reconocidas como experiencias alucinatorias por el sujeto. Aún más amplia es la definición que incluye otros síntomas positivos de la esquizofrenia (p. ej., lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico). Al contrario que estas definiciones basadas en síntomas, la definición utilizada en anteriores clasificaciones (p. ej., DSM-II y CIE-9) era probablemente demasiado amplia y se centraba en la gravedad del deterioro funcional, de forma que un trastorno mental se denomina psicótico si ocasionaba un «deterioro que interfería en gran medida con la capacidad para responder a las demandas cotidianas de la vida». Finalmente, el término se ha definido conceptualmente como una pérdida de las fronteras del ego o un grave deterioro de la evaluación de la realidad. Los distintos trastornos de esta sección ponen énfasis en diferentes aspectos de las varias definiciones del término psicótico. En la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizoafectivo y el trastorno psicótico breve, el término psicótico se refiere a las ideas delirantes, a cualquier alucinación manifiesta, al lenguaje desorganizado o al comportamiento desorganizado o catatónico. En el trastorno psicótico debido a una enfermedad médica y en el trastorno psicótico inducido por sustancias, psicótico se refiere a las ideas delirantes o únicamente a aquellas alucinaciones en las que no hay conciencia de patología. Finalmente, en el trastorno delirante y en el trastorno psicótico compartido, psicótico es equivalente a delirante. Cfr. Pichot, Pierre, Op. Cit. 279. Las negrillas son nuestras y las utilizamos porque serán parte importante de la argumentación.

9 Cfr. Pichot, Pierre, Op. Cit. pp. 145 – 146.

alteraciones de la marcha, alteraciones motoras y en ocasiones mutismo y posturación en cama. La duración media de la enfermedad desde el inicio de los síntomas a la muerte es de 8 - 10 años.¹⁰

Queda claro en consecuencia que se trata de una enfermedad crónica y que no hay posibilidad hasta el momento actual de que remita de alguna manera. El deterioro es continuo y sostenido hasta la muerte del individuo. Y al igual que en una enfermedad terminal orgánica no hay posibilidad alguna a pesar de cualesquier tratamientos de que la enfermedad mengüe; sino por el contrario, esta se agravará hasta hacer perecer al individuo. En el caso del enfermo mental terminal, como hemos visto se trata primero, de la muerte de la mente,¹¹ pero desde luego no de la actividad eléctrica o química del cerebro; que, como sabemos esta puede permanecer todavía en casos de la suspensión de la actividad cardíaca o pulmonar.

No se conoce en la actualidad la etiología de la enfermedad de Alzheimer. Se ha atribuido a una disminución de neurotransmisores; exposición al aluminio; traumatismos craneoencefálicos; infecciones y virus; una disminución del flujo sanguíneo del cerebro; entre otros. Se considera que el papel de la herencia no es relevante, pero que no debe dejar de tomarse en cuenta. Las neoprosias rebelan en los cerebros de víctimas

de Alzheimer formaciones anormales fibrosas que parecen marañas de filamentos de tejido cerebral y placas seniles, que semejan parches o terminaciones nerviosas degeneradas.¹² En la demencia tipo Alzheimer existe en forma crónica una disminución de la neurotransmisión colinérgica central. De tal manera que un aumento del sistema colinérgico puede ser terapéutico. Pero no se ha tenido éxito en el tratamiento con precursores de acetilcolina y tampoco con agonistas colinérgicos.¹³ La muerte del paciente ocurre en forma general, después de cinco años hasta diez del inicio del trastorno.

En beneficio de la brevedad, con lo anterior creemos que hemos dejado en claro a qué nos referimos cuando de enfermo mental terminal hablamos.

Principios en bioética médica

Autonomía

For if the person who issued the advance directive no longer exists, then it would appear that her advance directive would be wholly irrelevant to the question of how we may treat this other individual. According to this line of thought, there is no conflict because the advance directive becomes 'inapplicable'—null and void—with the extinction of its author. The advance directive exerts no moral

10 *Ibíd.* p. 147 – 148.

11 Mario Bunge ha dicho lo siguiente sobre la actividad mental: “Los sucesos ocurren dondequiera que pueda haber cosas en las que puedan darse. Los sucesos mentales, en particular, se dan en sistemas neurales plásticos. Por esto, en principio, y frecuentemente también en la práctica, los neurofisiólogos pueden determinar la localización de un proceso de pensamiento, provocándolo, por ejemplo, por medio de estimulación eléctrica en lugares precisos del córtex (Penfield 1958). Por tanto, ha sido refutada experimentalmente la pretensión filosófica de que «no tiene ningún sentido» hablar de los estados y de los sucesos mentales como si estuvieran localizados en algún sitio del cuerpo. Los sucesos mentales están tan localizados como los sistemas neurales plásticos correspondientes. Si estos últimos tienen una localización precisa, también lo tienen los sucesos mentales que suceden en ellos.” Cfr. Bunge, Mario. *El problema Mente-Cerebro*, Altaya, Madrid 1999. p.107. Lo anterior para argumentar que en ausencia de actividad cerebral, no existe actividad mental y esta es la que define al pensamiento abstracto que es de suyo propia de los seres humanos. Lo que sería diferente a decir, aunque no pruebe de manera alguna que: existe actividad eléctrica y por ello habría actividad mental. Esto no es así, ya que sólo se trata de un fenómeno de “arco reflejo”.

12 Cfr. Sue, David; Sue, Derald, et al. *Comportamiento anormal*. McGraw-Hill, México 1999. p. 465.

13 Cfr. Goldman, Howard H. *Psiquiatría general*. Manual Moderno, México 1997, p. 237.

pull whatsoever; all that is morally relevant is whatever moral status accrues to the (radically truncated) interests of the surviving individual. It is tempting to believe that in such a case there is no moral conflict at all —no question of weighing the authority of the advance directive against the interests of the surviving being. For if the person who issued the advance directive no longer exists, then it would appear that her advance directive would be wholly irrelevant to the question of how we may treat this other individual. According to this line of thought, there is no conflict because the advance directive becomes ‘inapplicable’ —null and void— with the extinction of its author.¹⁴

Nos adherimos a la explicación del principio de autonomía que hace Raúl Garza¹⁵, cuando nos dice: “[...] La consecuencia inmediata de esta visión de la democracia es el respeto de toda autonomía personal; por tanto, las decisiones personales, siempre que no afecten desfavorablemente a los demás y se mantengan en la persona, deberán ser respetadas, éste es el *principio de autonomía*”.

Pero la larga cita con que iniciamos este apartado nos coloca *de facto*, en la discusión sobre la validez o no de las directivas dictadas o tomadas por adelantado, en forma autónoma, por aquella persona que ahora padezca, pasado el tiempo, una enfermedad mental. De tal manera que de acuerdo con la cita, esa disposición no ejerce presión moral alguna, puesto que su autor ya no existe más como la persona que una vez lo fue al dictarla. Y es absolutamente irrelevante la manera en que debería ser tratado el individuo que sobrevino después del cambio mental. Pero como contrapartida sí que tienen importancia moral los intereses truncados del individuo.

A primera vista se podría argumentar que ha sido violentado el principio de au-

tonomía del individuo. Pero, al momento de padecer ya de manera irreversible su demencia, la cita sugiere que dicho principio ya no se encuentra presente, puesto que el individuo ya no es autónomo. Nosotros debemos preguntar entonces sobre la aparente futilidad de dicho principio en los casos de demencia. Al parecer el paciente al que nos referimos, no puede disponer de su futuro personal —aparte de que ya no lo tiene en forma teleológica—, puesto que ya no es la misma persona que tomó la decisión, con respecto a lo que ahora es, es decir: no puede decidir, plenamente consciente acerca del hecho moral y por lo mismo, no es capaz de visualizar las consecuencias; y ya que no tendría responsabilidad desde y por sus acciones, es decir, no puede actuar ni moral, ni éticamente sobre sí mismo.

Sin embargo, podemos preguntar nosotros: ¿de qué manera, podría demostrarse que un paciente terminal mental, ya no es la misma persona que dispuso sobre de sí mismo, cuando poseía sus facultades mentales en óptimo funcionamiento? Y que su autonomía puesta en práctica, deja de serlo una vez que se ha convertido en un demente

Creemos nosotros que el hecho reside en la corrección y precisión legal de la directiva dictada por adelantado. En el sentido de que previo testamento legal, el individuo con su decisión asentada en tal directiva, no perjudique a terceros. Estamos haciendo referencia a un caso de eutanasia activa, por parte de las autoridades hospitalarias competentes. Es decir, no se dejará correr el “curso natural” de la enfermedad. Si el individuo en su directiva adelantada decide poner fin a su vida, asegurándose de no perjudicar en ningún sentido a terceros, debe ser considerado como la misma persona del “aquí y ahora” con respecto —a pesar de su

14 Cfr. Buchanan, Allen. Op. Cit. pp. 139-140.

15 Cfr. Garza, Raúl. Bioética: La toma de decisiones en situaciones difíciles. Trillas, México 2000. p. 97.

demencia— de la que tomó la decisión para no sufrir el curso completo de la enfermedad. Creemos que es la misma persona, con diferente estado de conciencia.

Desde la postura de Diego Gracia, en realidad esto equivaldría a “matar”. Para él, es peor matar que “dejar morir”¹⁶ Y esto desde una jerarquización de “bienes” preferibles que se desprende de los principios bioéticos. Sin embargo, nosotros no podemos afirmar *prima facie*, que el bien de la persona en un caso de demencia tipo Alzheimer consista en seguir padeciendo la enfermedad a costa de la calidad de vida en deterioro crónico.

De esto resulta que nos parece que el concepto de autonomía deberá ser precisado en sus connotaciones (legales, médicas, patológicas) y denotaciones (deterioro del paciente, en términos generales). Y como la bioética tiene un carácter interdisciplinario o sistémico, si así se quiere decir: el signo no puede estar “fijado” a su significado. En otras palabras: qué implica la *autonomía* desde la óptica de las diferentes posturas éticas (esto sería su semántica), por una parte y por otra cómo se corresponde pragmáticamente con la realidad de la entidad patológica del Alzheimer y su relación con quien lo padece. De esa manera tenemos un signo (principio de autonomía) con un significado manifiesto. En otras palabras se hace necesario un “ascenso semántico” para la idea que encierra al principio de autonomía. Para con ello la toma de decisiones no sea un camino hacia la incertidumbre ética, médica, legal. Pero sobre todo se trata de no violentar los deseos de la persona en función de su propio futuro existencial.

Beneficencia

Llanamente podemos entender este principio como la obligación del médico de ser

causa originadora de un bien. Un bien en este caso para el paciente. Podemos argumentar que en el caso del enfermo mental terminal, habrá que recurrir a otra idea fundamental en bioética, es decir, aquella que se refiere al “mal menor”. Para un enfermo en estado mental terminal, ¿cuál debería ser considerado el mal menor?

Tenemos a la vista un conjunto de consideraciones que consideramos deberá ser ordenado (en el sentido de ordinalidad matemática). El primer lugar en este conjunto tiene que ver con la idea de sufrimiento. El paciente mental terminal, es una persona que sufre, no necesariamente en consecuencia directa de su patología mental, sino más bien por las enfermedades netamente orgánicas y fisiológicas de su condición deteriorada. Siente dolor, incomodidad, frío, calor, etc. No está exento de la sensación, lo que sucede es que su cerebro no realiza el recorrido completo hacia la elaboración de un juicio (sensación, percepción, elaboración, juicio). En segundo lugar, el sufrimiento de los demás, entiéndase parientes, cercanos y lejanos. En tercer lugar, *strictu sensu*, el más importante es él mismo (como diría Kant: un fin en sí mismo y no un medio), él es el que padece y es el que va a morir. En cuarto lugar, emerge el constructo: calidad de vida. Que tiene que ver directamente con la dignidad de la persona. El conjunto ordenado será seguramente incompleto, pero para nuestros fines es suficiente con lo anterior.

La idea de beneficencia, racionalizada como principio, no puede entonces permitir el sufrimiento de la persona, en función del mal menor, puesto que el mal menor es precisamente el evitarle el sufrimiento, ya que el mal mayor es inevitable. Los “otros”, como dijese Levinas, son también importantes. El regresarle la palabra al “otro”, en relación a la enfermedad mental significa la

16 Cfr. Vázquez, Rodolfo. Bioética y Derecho: Fundamentos y problemas actuales. FCE-ITAM, México 2002. p. 70.

presencia de un “otro” ideal, es decir, lo que haría una persona cercana al enfermo en las mismas condiciones y con la suficiente capacidad para tomar una decisión. Pues bien, ese “otro”, son aquellos cercanos al enfermo que respetan recíprocamente al “otro” posttrado en el sufrimiento. Esos son los que sufren el “aquí y ahora” del sufrimiento del enfermo terminal mental. Puesto que la persona sufre, sufre de una incapacidad irrenunciabile, no puede haber otro más importante que él mismo. Y si tomó una decisión siendo pleno, esa decisión debe respetarse como consecuencia razonada y aceptada, además de responsable y consciente. Él es el fin en sí mismo. Acercándonos a Heidegger es *Dasein*¹⁷. La calidad de vida¹⁸ tan discutida, en la forma en que el utilitarismo norteamericano lo hace, sin embargo deberá tomarse en consideración. Sobre todo que esta calidad de vida no está en función de algunos órganos sino del cuerpo humano de la persona como una totalidad y su respuesta a las estimulaciones del entorno. Cuando estas respuestas no son lo suficientemente dinámicas sino más bien dependen de terceros en su totalidad, podemos decir que la calidad de vida ha alcanzado niveles de deficiencia intolerables para el paciente. Tenemos que conceder que este constructo es de enorme complejidad y que no existe hasta el momento alguna manera de hablar con absoluta seguridad sobre lo que sea calidad de vida para un paciente. Si sólo se toman variables de carácter orgánico, podría valer alguna argumentación en pro de decir si es calidad de vida o no: Pero, como no se trata sólo del *soma* sino también de la *psique*, en

consecuencia toda valoración de la calidad de vida será incompleta. Por el momento, sólo podemos decir que la beneficencia en su conceptualización, también necesita de una actualización en su denotación y connotación; para que podamos llegar a una toma de decisiones al menos válida, aunque desde luego no necesariamente cierta.

Con todo, la idea de beneficencia no se opondría a los deseos del paciente y no violentaría esta idea en la acción médica misma. Pues la idea del mal menor queda neutralizada, la argumentación *Slippery Slope*¹⁹ no tiene lugar y el principio de no-maleficencia que analizaremos en lo que sigue tampoco se ve de alguna manera aludido.

No-maleficencia

No causar daño, he ahí el *quid* del asunto. En la práctica médica se habla de que existe malpraxis, que lleva a la culpa cuando se comete: error, error por insuficiencia de conocimientos, error por negligencia en el diagnóstico, error por complejidad del cuadro clínico, impericia, imprudencia, negligencia.²⁰ Habrá atenuantes o no, de acuerdo con la profundidad del error. Lo que no se contempla en el punto de vista de la responsabilidad moral del médico es que toda patología orgánica o mental es comórbida. Es decir, no se trata de una sola enfermedad sino que convergen en el paciente varias patologías, y por ello se habla de “cuadro clínico”. Y esto cobra una importancia determinante en el paciente mental terminal. En él no se trata únicamente de una comorbilidad de carácter orgánica sino también mental:

¹⁷ *Dasein* = Ser ahí.

¹⁸ Este concepto se discute a profundidad en el artículo de Dan Brock: Quality of Life Measures in Health Care and Medical Ethics. En Harris, John. *Op. Cit.* Cap. 12. En él podemos encontrar una tabla de mediciones cotidianas que pretende cualificar la forma en que el enfermo evoluciona. Y objetivar si la condición de enfermo corresponde con parámetros de autonomía o dependencia del paciente.

¹⁹ Cfr. Den Hartogh, Govert. The Slippery Slope Argument. En Kuhse, Helga y Singer, Peter. *A Companion To Bioethics*. Blackwell Publishers, Malden Mass. USA. 2001.

²⁰ Cfr. Moctezuma, Barragán Gonzalo. Responsabilidad Profesional del Médico, en Vázquez, Rodolfo. *Op. Cit.* Cap. V.

depresión, trastornos de la personalidad y con ello de la conducta, entre otras.

Ante un cuadro clínico tan complejo la idea de no-maleficencia también debe ser precisada. Es decir, por lograr una mejoría en una de las áreas de la comorbilidad se consigue un desmejoramiento en otra de ellas. Por otra parte, es sabido de los efectos laterales de las medicaciones, sobre todo psiquiátricas. Ante esto, qué es lo que podemos determinar como un perjuicio ocasionado por el médico y cuál no lo es, o en todo caso cuál es el mal menor y cuál es el mayor. Ante una omniabarcabilidad de la idea de patología y de comorbilidad, no está clara la frontera entre beneficencia y no-maleficencia; pudiéndose saltar de una a otra y viceversa durante el curso de la enfermedad. Ante esto, la decisión más sencilla es: “Que la enfermedad siga su curso natural” ¿pero esto es no-maleficencia o es beneficencia? La conceptualización y la acción se tornan confusas. Pero es indudable que ante un cuadro clínico como el del enfermo mental terminal la no-maleficencia será no proporcionar aún más incomodidad y sufrimiento al paciente. Debiéndose respetar por ello lo que haya decidido sobre sí, el paciente mismo.

Justicia

Abbagnano en su diccionario de filosofía define la idea de justicia de esta manera: “En general, el orden de las relaciones humanas o la conducta del que se adapta a este orden. Se pueden distinguir dos principales significados: 1) el significado según el cual la justicia es la conformidad de la conducta a una norma; 2) aquel por el cual la justicia constituye la *eficiencia* de una norma (o de un sistema de normas), entendiéndose por eficiencia de una norma una determinada medida en su capacidad de hacer posibles

las relaciones entre los hombres.”²¹ Tenemos entonces una dicotomía: conductas adaptadas a la norma por una parte, y por otra, eficiencia de las normas. Lo cual no nos alcanza para el tema que nos ocupa. Porque podemos preguntar lo siguiente: ¿Al enfermo mental terminal se le puede argumentar de normas en relación con su conducta? O bien, ¿las normas de *iure* y de *factum*, o, *de dictum* y *de re* si se prefiere; son condiciones a las que debe sujetarse el enfermo mental? Para la primera pregunta podemos decir que el enfermo mental se encuentra sin posibilidad autoconsciente de entender ningún tipo de argumentación sobre su conducta. Y, para la segunda, podemos alegar que en caso de que se deba sujetar él como paciente mental terminal a la normatividad vigente, también lo que dijo y asentó legalmente deberá aceptarse por esa misma normatividad (tal y como sucede en el caso de los testamentos, que no son otra cosa que directivas por adelantado). Esta última es la que nos causa mayor incomodidad en el ejercicio de una bioética práctica pues se entra en una argumentación *ad hoc*, que puede ejemplificarse de este modo: el enfermo terminal (orgánico) si dictó testamento en pleno uso de sus facultades mentales deberá ser obedecido totalmente en sus disposiciones. Pero, el enfermo mental terminal no. ¿Que acaso no se trata de la misma normatividad para la persona, puesto que se trata de la misma (sólo desde un heracliteanismo burdo, podemos decir lo contrario) sea cual fuere su estado terminal (mental u orgánico)?

De aquí que volvamos a insistir en la necesidad de precisión o en su caso, de redefinición de los conceptos bioéticos fundamentales ya mencionados.

La idea de Justicia aplicada al contexto bioético clama por una actualización. Acuciada desde un avance tecnológico galopan-

21 Cfr. Abbagnano, Nicola. Diccionario de Filosofía. FCE. México 1974. p. 699

te y una pérdida de rumbo en conceptos entrelazados como son: democracia, justicia, enfermedad, condiciones epistémicas, práctica médica, recursos económicos y sociales, servicios de salud, entidades patológicas y un largo etcétera.

Si lo vemos desde otro punto de vista, por ejemplo, la justicia fue identificada por los sofistas con la utilidad. Aristóteles pensó a la justicia en función de la utilidad común o como él lo decía la felicidad política. Kant la encarnó como el ejercicio de la libertad pero sujeta ésta a una constitución civil (Estado). Pero para la concepción bioética de Justicia, vemos que habría que hacer alguna adaptación forzada, ya que las condiciones de posibilidad para pensarla en esta relación (bioética-justicia) aún no estaban configuradas. Tal vez por ello, Toulmin ha dicho que la medicina ha venido en salvación de la ética. Pero lo entendemos más bien en el sentido de una “actualización” en sentido aristotélico es decir en su praxis teórico-práctica.

Conclusiones

No es sencillo filosóficamente concluir un trabajo que propone más bien dudas que posturas resolutivas sobre conceptos. A manera de conclusión tenemos que volver a insistir sobre la necesidad de precisión de conceptos álgidos como los abordados en este capítulo. Más bien, en este apartado tenemos que referirnos a una problemática que vemos nosotros se desarrolla hacia posibilidades de pluralización y problematización, debido ello a las diversas corrientes bioéticas como personalismo, utilitarismo, pragmatismo, evolucionismo y otros *ismos* más. Esta problemática apunta en una dirección que tiende a recuperar las pre-

guntas importantes de cualquier consideración humanística filosófica, como ¿cuál es el sentido de la vida?, ¿cuál es su valor?, ¿estamos arrojados a la realidad, como se diría desde algún existencialismo? Estas y otras preguntas vienen en consecuencia al escenario biofilosófico. Provocadas principalmente por las interpretaciones y reinterpretaciones del principialismo bioético de Childress y Beuchamp principalmente, y seguramente este escenario no será suficiente y tengamos por consiguiente la necesidad de situarnos desde una óptica más elevada o al lado de la bioética: Desde una meta-bioética. Para con ello, lograr ganar en esa precisión a la que nos hemos referido a lo largo de este trabajo.

Estas precisiones nos colocarán en una posibilidad epistémica no —en su inicio— al estilo de una filosofía de la ciencia, sino más bien en una antropoepistemología en sí. Una epistemología humanística que *prima facie* no va a establecer los cómo o los porqués de tal o cual situación dada en el mundo y contemplada desde tal o cual teoría matemática o física, aun biológica; más bien viene en auxilio de una *weltanschauung*²² que incida sobre y tome en cuenta los avances tecnológicos, biotecnológicos, epidemiológicos, psicológicos del individuo, entre otros, para que este individuo ética y moralmente decida sobre su futuro y con ello holísticamente de todos nosotros.

La bioética y su práctica propone y ocasiona una crisis. Pero debemos entender la idea de *crisis* desde una perspectiva clásica: como posibilidad de cambio. Para que éste cambio, si bien siempre somos resistentes al cambio, nos proporcione condiciones de posibilidad para una práctica vivencial no sujeta a prejuicios, sino más bien a una ética racional y racionalizada. Es decir, plenamente ética.

22 Visión del Mundo.

Bibliografía

- ABBAGNANO, N. (1974). "Diccionario de filosofía". FCE. México.
- BEUCHAMP, TL.; CHILDRESS, JF. (1994). "Principles of Biomedical Ethics", 4ª edición, New York: Oxford University Press.
- BUCHANAN, A. (2001). "Advance Directives and the Personal Identity Problem", en Harris, John, *Bioethics*. Oxford University Press, Oxford Readings in Philosophy, New York.
- BUNGE, M. (1999). "El problema Mente-Cerebro", Altaya, Madrid.
- GARZA-GARZA, R. (2000). "Bioética: La toma de decisiones en situaciones difíciles". Trillas, México.
- GOLDMAN, HH. (1997). "Psiquiatría general". Manual Moderno, México.
- KUHSE, H.; SINGER, P. (2001). "A Companion To Bioethics". Blackwell Publishers, Malden Mass. USA.
- PICHOT, P. (1998). "DSM-IV, Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales", Masson, S.A., Barcelona.
- ROA, A. (1998). "Ética y bioética". Edit. Andrés Bello, Chile.
- SUE, D.; SUE, D.; *et al.* (1999). "Comportamiento anormal". McGraw-Hill, México.
- UNDERWOOD, G. (2001). "The Oxford Guide to the Mind", Oxford University Press, New York.
- VÁZQUEZ, R. (2002). "Bioética y Derecho: Fundamentos y problemas actuales". FCE-ITAM, México.

Capítulo 30

La verdad desde el desarrollo moral



Dra. María Cruz CHONG BARREIRO

EL PRESENTE artículo contempla la verdad desde el enfoque del desarrollo moral, lo que constituye un aspecto dentro del tema de desarrollo en la disciplina de psicología. El artículo está escrito desde la perspectiva de una psicóloga clínica, incidiendo particularmente en cómo se desarrolla en los seres humanos el concepto de lo bueno y lo malo en función de las teorías de Erickson y Kolberg y su importancia en las relaciones que se establecen entre médico paciente.

Partiendo de que nuestras concepciones del desarrollo moral son en gran medida implícitas y que no las sometemos a análisis es necesario primero saber que es el desarrollo y nos encontramos que para algunos autores se refiere a una serie de cambios sistemáticos (ordenados, siguen un patrón y son relativamente duraderos) que ocurren

entre la concepción (cuando el espermatozoides del padre penetra en el óvulo de la madre, creando un organismo nuevo) y la muerte de los seres humanos (o de los animales). En el estudio del desarrollo se han establecido aspectos para lograr entender con precisión algunos cambios como son; el desarrollo físico, el desarrollo cognoscitivo, el desarrollo personal y el desarrollo social moral.

El ser humano es social por naturaleza lo que le permite establecer relaciones con los demás y en la infancia estas relaciones con todos los que le rodean, pero fundamentalmente con sus padres o con las figuras de autoridad son de suma importancia en el desarrollo moral porque tanto las relaciones de respeto y control unilateral como las relaciones de cooperación y reciprocidad a que se refiere Piaget, 1932¹ (citado en Rogers, 1990) fomen-

1 Rogers Colin. Kutnick Meter. 1990. Psicología social de la escuela primaria. Paidós. España. Pag 150

tan el desarrollo moral y determinan nuestra forma de entender la vida moral.

La teoría de Erikson del desarrollo nos ofrece el fundamento psicológico para entender la influencia de las relaciones interpersonales en el desarrollo personal del sujeto que lo llevan a reaccionar de diversas maneras.

Erikson, describe ocho etapas en la maduración del individuo enfatizando las relaciones interpersonales del sujeto como punto central de desarrollo.

En la primera etapa denominada confianza o desconfianza que se observa durante el primer año de vida el niño adquiere confianza en su ambiente lo que también se relaciona con el tipo de cuidados que recibe de sus padres y familiares. En esta etapa la religión tiene un papel positivo en la adquisición de la confianza básica en el mundo.

La segunda etapa distinguida de autonomía en inseguridad es similar a la etapa anal de la que habla Freud en donde el niño aprende a aferrar y a soltar las cosas. En este lapso lo contrario a la firmeza y autonomía es la vergüenza (estar consciente de ser mirado desnudo) y la duda (falta de seguridad con respecto a lo que se deja atrás). En esta etapa se asume que los temores paranoides de los adultos son consecuencia de una falla en este período.

La tercera etapa llamada de iniciativa o culpa, comprende aproximadamente la etapa fálica que propone Freud en donde la iniciativa es un perfeccionamiento de la anterior autonomía, el niño aprende a planear, a atacar y a conquistar con su acción por lo que si esta actuación no es bien vista el niño se siente culpable.

La cuarta etapa denominada laboriosidad o inferioridad que se da a partir de los cinco a seis años de edad aproximadamente, el niño aprende a manejar los instrumentos

y herramientas y se interesa en el funcionamiento de las cosas. El peligro radica en sentirse inferior o inadecuado al no lograr adquirir la habilidad necesaria para dicho manejo.

En la quinta etapa de identidad o confusión de papeles que va de los doce a los dieciocho años de edad. El adolescente corre el peligro, por la influencia del medio, de confundir su identidad personal con los distintos papeles que puede desempeñar en la vida cotidiana.

La sexta etapa de intimidad o aislamiento, el joven aprende a sostener relaciones profundas de amistad por lo que si no establece la identidad interpersonal, se aísla de los demás.

En la séptima etapa de generatividad o estancamiento, el adulto se preocupa por la procreación y por el cuidado de su familia, o se estanca en el egoísmo debido a la percepción de diversas frustraciones de su vida.

En la octava etapa de integridad o desesperación, el individuo aprende a integrar con significado los acontecimientos de su vida pasada; si no puede hacerlo, llega a la desesperación y al temor exagerado a la muerte².

En la relación médico paciente generalmente el primero asume el papel de emitir juicios, tanto en el sentido moral como el no moral, respecto a lo que su paciente afirme haber hecho o dejado de hacer esto se traduce en una relación de control en donde el paciente corre el riesgo de asumir una experiencia de autocensura y culpabilidad o la tendencia a culpar a otros lo que puede afectar en determinado momento su propia salud.

Es necesario entonces establecer una relación correcta que permita establecer una relación de respeto mutuo, cooperación y reciprocidad, basada en la simpatía recíproca en donde se permita nutrir y reforzar la propia voz moral de ambos actores.

2 WOOLFOLK, Anita E. (1999). Psicología educativa contemporánea. Quinta edición. Edit. Mc. Graw-Hill. México.

La verdad

La teoría del desarrollo moral de Kohlberg

Lawrence Kohlberg propuso una secuencia detallada de etapas de razonamiento moral o juicios sobre el bien y el mal al cual dividió en tres niveles:

Preconvencional en el que los juicios se basan sólo en las necesidades y percepciones de la persona. El juicio se basa en las necesidades personales y las reglas de otros.

- Etapa 1. Orientación al castigo—obediencia. Las reglas se obedecen para evitar el castigo. Que una acción sea buena o mala está determinado por sus consecuencias físicas.
- Etapa 2. Orientación a las recompensas personales. Las necesidades personales determinan lo que está bien o está mal. Los favores se reciprocán sobre la base de “si tú rascas mi espalda, yo rasco la tuya”.

Convencional en el cual se consideran las expectativas de la sociedad y la ley. El juicio se basa en la aprobación de los demás,

las expectativas de la familia, los valores tradicionales, las leyes sociales y la lealtad patriótica.

- Etapa 3. Orientación del buen chico—buena chica. Ser bueno significa ser “agradable”. Está determinado por lo que agrada, ayuda y es aprobado por los demás.
- Etapa 4. Orientación a la ley y el orden. Las leyes son absolutas. La autoridad debe ser respetada y el orden social mantenido.

Postconvencional en el que los juicios se fundamentan en principios abstractos más personales que no por fuerza están definidos por las leyes de la sociedad.

- Etapa 5. Orientación al contrato social. El bien está determinado por criterios acordados de los derechos individuales.
- Etapa 6. Orientación a los principios éticos universales. Lo bueno y lo correcto son asuntos de la conciencia individual e incluyen conceptos abstractos de justicia, dignidad humana y equidad³.

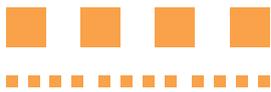
Bibliografía

- MUSSEN, PAUL HENRY Y CONGER, JOHN JANEWAY. (1985). *Desarrollo de la personalidad en el niño*. Tercera edición. Edit. Trillas. México.
- PAPALIA, DIANE E y otros. (2001). *Desarrollo humano*. Octava edición. Edit. Mc Graw-Hill. Colombia.
- SHAFFER, DAVID R. (2000). *Psicología del Desarrollo*. Infancia y adolescencia. Quinta edición. Edit. Thomson Learning. México.
- WOOLFOLK, ANITA E. (1999). *Psicología educativa contemporánea*. Quinta edición. Edit. Mc. Graw-Hill. México.

3 WOOLFOLK, Anita E. (1999). *Psicología educativa contemporánea*. Quinta edición. Edit. Mc. Graw-Hill. México.



Coordinador y editor



José Antonio Morales González, realizo su año de internado rotatorio de pre-grado en el Hospital de Jesús IAP (1995). Graduándose de Medico Cirujano en 1997, FES-Iztacala (UNAM). Realizo estudios de doctorado en ciencias biológicas (especialidad en biología celular), UNAM (1997-2001). Ha obtenido diversos reconocimientos como son: premio en el Hospital de Jesús (1995 y 1996); reconocimiento al servicio social, UNAM (1997); medalla *Gustavo Baz Prada*, UNAM (1997); beca del CONACyT para estudios de posgrado (1997-2001); beca complementaria de la DGEP-UNAM para estudios de posgrado; mención honorífica por estudios de doctorado (2001); premio de la AMMFEN (2002); reconocimiento, CONACyT (2002); premio de la Sociedad Nutriológica AC (2002); premio, FES-Iztacala, UNAM (2002); medalla *Alfonso Caso*, al mérito académico, UNAM (2004); perfil

deseable del Programa de Fortalecimiento al Profesorado SEP; registro en el padrón estatal de investigación y tecnólogos; distinguido por el SNI como Investigador Nacional nivel 1. Ha impartido clases de Fisiología y Anatomía en la Escuela de Enfermería del Hospital de Jesús IAP; del sistema Osteomioarticular y del modulo de Instrumentación y Laboratorio en la Carrera de Medico Cirujano, FES-Iztacala, UNAM; de Fisiología en la Facultad de Odontología, UNAM; de Bioquímica, Patología y Fisiopatología en la Escuela de Dietética y Nutrición, ISSSTE; de Fisiología y Fisiopatología en el Área Académica de Farmacia; de Patología en el Área Académica de Medicina, UAEH. Tutor de maestría y doctorado. Ha dirigido 12 tesis de licenciatura y 5 de posgrado. Es autor de 21 artículos internacionales y 21 artículos nacionales. También es autor, coordinador y editor de 16 libros especializados: *Alcohol*,

alcoholismo y cirrosis. Un enfoque multidisciplinario (2007); *Diabetes* (2008); *El oso Coquito y otros relatos infantiles* (2009); *Los antioxidantes y las enfermedades crónico degenerativas* (2009); *Ética, bioética y conocimiento del hombre. Primer fascículo* (2009); *Medio ambiente y salud* (2009); *Ética, bioética y conocimiento del hombre. Segundo fascículo* (2009); *Diabetes. Tópicos selectos* (2010); *Ética, bioética y conocimiento del hombre. Tercer fascículo* (2010); *Diabetes. Segunda edición* (2010); *Obesidad. Un enfoque multidisciplinario* (2010); *Ética, bioética y conocimiento del hombre. Cuarto fascículo* (2010); *Ética, bioética y conocimiento del hombre. Último fascículo* (2011); *Principios de ética, bioética y conocimiento del hombre* (2011); *Gerontología. Un enfoque interdisciplinario* (2011); *Manual de RCP* (2011). Así como autor de 31 capítulos de libros especializados. Ha presentado 92 trabajos en congresos nacionales y 21 trabajos en congresos internacionales. Ha recibido apoyo para realizar sus proyectos de investigación (UNAM, UAEH, PROMEP-SEP). Ha impartido conferencias por invitación en la FES-Iztacala, en la Facultad de Odontología, UNAM, en la Escuela de Dietética y Nutrición ISSSTE, en el Hospital General de Zona 1-A “Los Venado”

IMSS, en la Facultad de Nutrición de la Universidad Veracruzana, en la Escuela de Nutrición de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, en el Hospital “20 de Noviembre” ISSSTE, en el Hospital de Jesús IAP, en el Hospital General de Pachuca, en el ICSa, en la UNIVA Plantel Zamora, en la Universidad de Morelia. Ha impartido conferencias en radio y televisión. Entre sus actividades en cuerpos colegiados ha sido consejero técnico profesor en la Escuela de Enfermería del Hospital de Jesús IAP; consejero técnico profesor en la Escuela de Dietética y Nutrición del ISSSTE; secretario del Cuerpo Académico de Farmacia Clínica; vocal en el Colegio de Profesores de Posgrado del ICSa, UAEH. Ha tenido diversos nombramientos académicos como son: ayudante de profesor “A” (FES-Iztacala, UNAM); ayudante de profesor “B” (FES-Iztacala, UNAM); profesor de asignatura “A” (FO, UNAM); profesor de asignatura “E” (EDN-ISSSTE); investigador asociado “C” de tiempo completo (IFC, UNAM); profesor titular “A” de tiempo completo (FES-Iztacala, UNAM); actualmente es profesor investigador titular “B” de tiempo completo (ICSa, UAEH) e integrante del Cuerpo Académico de Farmacia Clínica (Consolidado).

Principios de ética, bioética y conocimiento del hombre

José Antonio Morales González

Graciela Nava Chapa

Jaime Esquivel Soto

Luis Enrique Díaz Pérez

Se terminó de imprimir en los talleres
de la Editorial Universitaria, UAEH

En julio de 2011,

El tiraje fue de 1,000 ejemplares