

Ética y lazo social

*Silvia Emmer**

*Virginia Schejter**

Estas reflexiones son fundamentalmente el resultado de nuestro trabajo como Consultores en Psicología Institucional que desde hace nueve años realizamos en un Hospital Pediátrico de Alta Complejidad en la ciudad de Buenos Aires. La Consultoría, externa a la Institución, fue contratada con anterioridad a la apertura del Hospital con el fin de acompañar el proceso de cambio que este proyecto intentaba implementar dentro del ámbito de las Instituciones Pediátricas del país.

Esta es una Institución pública, que se caracteriza por una apertura a la revisión de sus procesos de cambio, con espacios de reflexión y debate, donde nuestro trabajo de Consultores conserva la autonomía de acción necesaria para posibilitar su continuidad. Desde su fundación convergen en el Hospital estructuras de pensamiento y acción tradicionales junto con el desarrollo de modalidades de atención renovadoras y de vanguardia, que son herederas en la Argentina de una tradición pediátrica de avanzada, como lo fue en su momento el plantear la interacción conjunta del niño y su madre. Dentro de esta mirada pediátrica existe una mayor disposición para la inclusión de los aspectos sociales y psicológicos en el trabajo con los niños y sus padres.

El objetivo inicial de nuestro trabajo en el Hospital fue favorecer el esclarecimiento de los problemas de organización y la integración de

* Silvia Emmer, Psicóloga argentina, ex-docente investigadora de la UAM-Xochimilco.

** Virginia Schejter, Psicóloga argentina, investigadora en instituciones y comunidades.

los grupos de trabajo, a través de la intervención y el asesoramiento tanto a nivel de conducción como en los equipos que se iban formando en los diferentes ámbitos institucionales. Posteriormente nuestro trabajo fue ampliándose e incluye las situaciones en que surgen dificultades no sólo en la integración de los equipos por el choque de diferentes modalidades de encarar la tarea, sino las situaciones en que las dificultades tienen que ver con la tarea misma. El acompañamiento en la reflexión a los grupos en los que el trabajo con pacientes muy complejos sitúa ante decisiones técnica y éticamente difíciles y que cotidianamente además se encuentran expuestos a una fuerte movilización emocional.

Problemáticas del equipo asistencial ante el dolor, la vida y la muerte. Un análisis desde la psicología institucional

En el hacer cotidiano del equipo de salud aparece no sólo la pregunta sobre si se hacen bien las cosas, sino una interrogación ética sobre que es "hacer el bien" para el paciente. Paciente que padece no sólo las circunstancias de indefensión y temor que implica el estar enfermo, sino también la marginación de las decisiones y de los códigos utilizados por la institución hospitalaria.

Si bien existen parámetros técnicos y científicos generales con los que es posible evaluar la adecuación del actuar de los distintos miembros del equipo de salud en términos de pericia, eficacia y eficiencia, las referencias a éstos se pierden en las situaciones particulares en que la decisión implica un alto grado de incertidumbre sobre los beneficios y riesgos de la aplicación de una terapéutica.

Ante estos casos individuales y su historia particular "el bien" se muestra inasible, un valor no absoluto, una pregunta difícil de responder que problematiza y angustia.

Cuando la cura es incierta o los procedimientos son riesgosos, dolorosos, o inclusive muy costosos, suele plantearse en términos dilemáticos el hacer o el no hacer.

En el momento en que el enfermo y sus circunstancias irrumpen con un nombre, un rostro, un entorno familiar, sobre los que las consecuencias de la acción van a tener su efecto, es importante abrir otras opciones, dando cabida a la palabra de las diferentes personas involucradas en la decisión. Se genera así el espacio para la pregunta ética, que no es una

pregunta abstracta, ni que pueda contestarse fácilmente. No existen certezas ni respuestas únicas, pero es en este encuentro y en este compartir donde puede ser formulada.

Es la misma esperanza en prolongar la vida que motoriza la investigación científica, la que puede llevar a cegar el pensamiento con una suerte de “ensañamiento terapéutico” frente a un paciente evaluado como terminal.

En las sociedades modernas la institución hospitalaria surge como un dispositivo social destinado a hacerse cargo de los problemas de salud de la población, se le agrega tácitamente también el encargo de ocultar la enfermedad y la muerte tras sus muros, alejándolas de la vida cotidiana y del ámbito familiar. Del mismo modo, los velatorios, instituciones relativamente recientes en nuestras ciudades, van quedando a cargo de los rituales de la muerte. Morir deja de ser un hecho que concierne a la comunidad y en el que participan todos. Negada en la vida real, la muerte, paradójicamente, reina y se multiplica con crueldad en la cotidianidad de la ficción.

De la misma manera que otras culturas atribuían a hechiceros y brujos poderes sobre la vida y la muerte, el imaginario colectivo de nuestra sociedad, apoyado en los inmensos progresos del conocimiento médico de las últimas décadas, en el control de epidemias y en el aumento del promedio de vida, hace depositarios a los médicos del encargo social de “curar siempre”. Éstos participan de esta creencia, se sienten responsables y dolorosamente impotentes cuando pese a los alcances de los recursos técnicos se ven obligados a enfrentarse a la muerte.

El mandato de “hacer todo lo que se pueda” se desliza rápidamente hacia la utilización de tecnología compleja, sin certidumbre sobre su eficacia, en un intento último de prolongar la vida, sin tiempo para la pregunta sobre qué calidad de vida es posible en esas circunstancias, cuál es el beneficio, “el bien para quién”.

El profesional siente que falla a su misión si no intenta “salvar” una vida, aunque actúe sólo como modo de propiciar “un milagro” y no con pautas que la situación le indica.

Compartir y consensuar la decisión con el paciente y sus familiares, incorporando los conocimientos, los sentimientos, los modos de percibir y entender la situación que les concierne, alivia en parte al médico de la enorme carga de sentirse el único responsable de la vida de otro.

Aun en situaciones terminales, si no se utiliza toda la tecnología o se hace el intento de reanimación, la muerte suele vivirse como falla de la institución y del equipo de salud, no como un desenlace esperado de una enfermedad incurable. En la actualidad el riesgo de un juicio *por a praxis* a veces reforzado por amenazas concretas: “sé que se va a morir, pero que no sea por un descuido de ustedes” (frase dicha por la madre de un paciente terminal en terapia intensiva), puede condicionar este seguir haciendo, independientemente de la desproporción del recurso utilizado en relación a los beneficios posibles de lograr. El despliegue de tecnología y de procedimientos terapéuticos complejos es un factor que realimenta las fantasías de curación y obtura la elaboración de la pérdida en la familia.

Se genera la creencia de que todo depende de la tecnología. Otras alternativas como cuidar o acompañar suelen ser consideradas como equivalentes a no hacer nada y despiertan la sensación de que no se les ofreció “lo mejor”. Se pierde así una de las funciones fundamentales del equipo de salud que es el “cuidar”. Lo más moderno, lo más costoso, tranquiliza los sentimientos de impotencia y culpa. Cuidar es algunas veces preservar al paciente de la “maquinaria médica” que por momentos parece autonomizarse del pensamiento y tornarse imparable. Queda así poco lugar para acercarse a la muerte por fuera de los caminos ofrecidos por un modelo médico tecnificado.

No podemos enfocar la problemática ética de qué es el bien en estos casos sin atender, parafraseando a Laplantine, en *Las voces de la imaginación colectiva*, que dan cuenta de un sistema de valores para los que la postergación de la muerte se antepone a todo valor, aunque signifique fundamentalmente la prolongación del sufrimiento y del dolor.

Muchos médicos y familiares se replantean este instituido, y es así como surge el tema de *lo que es posible* hacer allí donde no hay nada más que hacer, desde el punto de vista la curación del paciente. El empezar a pensar sobre lo que sí se puede hacer, con una persona que no tiene posibilidades de curarse, alivia la culpa, la sensación de inutilidad y la incomodidad frente al paciente. En muchos casos se reduce el contacto a lo estrictamente necesario para no tener que comprometerse, conversar y sobre todo no sentirse con la obligación de responder preguntas sin respuestas.

Dice Norbert Elías: “Jamás anteriormente ha muerto la gente de una manera tan poco ruidosa y tan higiénica como hoy en día en este tipo de

sociedades, y jamás lo ha hecho en unas condiciones que hayan fomentado tanto la soledad”.

En las unidades de cuidados intensivos se excluye generalmente a la familia del paciente porque “entorpece” el trabajo de médicos y enfermeros.

Múltiples son las maneras de cuidar, proporcionar confort, paliar dolor, acompañar y escuchar las manifestaciones del paciente y de la familia.

El trabajo grupal de los que están a cargo del paciente es importante no sólo para dar una respuesta coherente desde el lugar de cada uno de los miembros del equipo, sino también porque es la única posibilidad de compartir y de elaborar la angustia que estas situaciones provocan.

Trasmitir los riesgos de los tratamientos, informar sobre la incurabilidad de una enfermedad, indicar una amputación, proponer un trasplante, pedir la donación de órganos o solicitar una autopsia para clarificar los diagnósticos *post mortem*, pueden plantearse con claridad, sólo cuando han sido debatidos y elaborados dentro del equipo.

En el caso particular de los enfermeros, piezas claves del equipo de salud, si bien no tienen a cargo directamente la decisión sobre el tratamiento, establecen con el paciente una relación de gran intensidad emocional debido a la cantidad de horas que están en un contacto cercano con el cuerpo y la angustia del paciente.

Muchas prácticas diagnósticas y terapéuticas hechas por los enfermeros son en si mismas generadoras de dolor y son vividas como agresión por parte del paciente y de ellos mismos. Este dolor agregado, en situaciones en que las posibilidades de curación son muy escasas, rebota como sensación de culpa cuando la acción pierde su sentido reparatorio.

Se interrogan sobre la existencia de maneras menos dolorosas de transitar los últimos momentos y sobre la “calidad de vida” que les espera a aquellos pacientes que la tecnología médica “rescata”, así como el impacto en la familia de los mismos (muchas veces de escasos recursos económicos).

En un movimiento que oscila entre gran cercanía y una gran distancia con el paciente y sus familiares se plantean cuál es la posición que les permitiría desempeñar mejor su función, de tal manera que sea beneficiosa para el paciente y a la vez contemple su propio bienestar.

Proporciona gran alivio la posibilidad de cuidar, acompañar, paliar el dolor y generar confort, para una mejor calidad de vida, ya que da sentido al actuar en aquellos casos en que la curación es irrealizable. Todos

estos temas requieren un trabajo de formación, reflexión e integración de los distintos grupos dentro de la institución.

De la fascinación por las herramientas tecnológicas al cuidado de la herramienta humana

Varias son las pérdidas a elaborar por el equipo de salud en el trabajo con pacientes graves, crónicos o terminales ante los que fracasan los métodos terapéuticos. No sólo la muerte o la no curación de un paciente sino también al duelo por su esfuerzo y su esperanza frustrados.

La desilusión suele traer aparejada la sensación de agotamiento y de desinterés. Se extingue el fuego [*burn out*] de la pasión que da sentido al esfuerzo y al trabajo.

Prevenir los problemas de salud mental de los profesionales de la salud requiere intervenir en el diseño de condiciones de trabajo que contemplen su cuidado.

El título del libro de George Devereux, *De la ansiedad al método en las Ciencias del Comportamiento*, expresa elocuentemente que el trabajo con seres humanos despierta ansiedad y la necesidad de defenderse de éstas puede encontrar en el método un escudo tras el cual protegerse.

Desde la institución hospitalaria se pueden aportar estrategias de conjunto que limiten una tecnologización defensiva del vínculo con el paciente y que a la vez posibiliten el cuidado personal.

Para esto se pueden organizar:

1. espacios para la reflexión en equipo de los pacientes en situaciones límites;
2. ateneos clínicos;
3. ateneos bibliográficos;
4. supervisión por profesionales experimentados;
5. espacios de reflexión después de la muerte de un paciente;
6. grupos de reflexión sobre la tarea;
7. investigaciones que posibiliten conceptualizar y elaborar conclusiones generales;
8. transmisión de la experiencia a otros profesionales;
9. fomentar la producción de escritos sobre el tema.

A través de estas prácticas se pueden elaborar las emociones y trascender las sensaciones de fracaso e imposibilidad generadas por este tipo de trabajo.

La constitución de un Comité de Ética conformado por profesionales de distintas disciplinas (médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, filósofos, abogados, economistas que consideren el costo social de las prestaciones, etc.) y representantes de la comunidad, provee un ámbito para la consideración compartida de los problemas éticos

Si tomamos en cuenta el cuadro institucional descrito y el imaginario social que da cuenta de los temas planteados, la posibilidad de un cuestionamiento no es una característica predominante de la sociedad actual.

En contraste, la creación de comités de ética en los hospitales como en otras instituciones, introducen un espacio para reflexionar los caminos del actuar.

El surgimiento de estos comités a la vez que muestra un interés genuino por la pregunta ética, señalan la delegación en un grupo de especialistas aislados de lo cotidiano, de problemas que atañen al conjunto de la sociedad, desresponsabilizando a los actores involucrados.

En la vida fuera del hospital, algunos profesionales suelen evitar “contaminar” a su familia con sus preocupaciones por los pacientes. En general están imposibilitados de compartir estos temas que no sólo nadie quiere escuchar, sino que muchos se muestran asombrados por la elección de ese campo laboral.

Enmudecidos y vistos como extraños en el medio familiar, necesitan especialmente la organización de dispositivos de reflexión intrahospitalarios.

Su cotidianeidad se banaliza en relación a los dramas vividos en el Hospital, que en ocasiones irrumpen, interfiriendo momentos de tranquilidad y despreocupación.

Bibliografía

- GEORGE DEVEREUX. *De la ansiedad al método en las Ciencias del Comportamiento*, Siglo XXI Editores, México, 1977.
- LAPLANTINE FRANCOIS. “Las voces de la imaginación colectiva”, en *Mesianismo, posesión y utopía*, Gedisa, Barcelona, 1977.

- NORBERT ELÍAS. *La soledad de los moribundos*, FCE, Mexico, 1987.
- MAUD MANNONI. *Lo nombrado y lo innombrable. La última palabra de la vida*, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1992.
- LUCIEN ISRAËL. *La decisión médica*, Emecé Editores, Buenos Aires, 1983.
- FLORENCIA LUNA, ARLEEN SALLES. "Decisiones de vida y muerte", en *Revista Acontecimiento*, 1995, Buenos Aires.
- BRONISLAW BACZKO. *Los imaginarios sociales. Memorias y esperanzas colectivas*, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1991.
- ALAIN BADIOU. *Revista Acontecimiento*, n. 8, 1994 Publicación de la Escuela Porteña.
- LACAN JACQUES. *La ética en Psicoanálisis*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1990.