

Conquistas éticas para humanizar el cuidado

Madrid, 28 de septiembre de 2022

Saludos:

D. Luis Martínez-Sicluna, Viceconsejero de Familia, Juventud y Política Social

D. Isidro Donoso, Subdirector general de Centros y Servicios

D. Primitivo Ramos, Director Coordinador Sanitario Asistencial de la Agencia Madrileña de Atención Social

D. Juan José García, Director General de Atención al Mayor y a la Dependencia

Felicitación por la convocatoria por la iniciativa relacionada con la eliminación de sujeciones.

Agradecimiento por la confianza.

Mi intervención tendrá foco antropológico, no legal ni asistencial.

Esquema:

1. Introducción: cuestión ética.
2. Mirada histórica al atar.
3. Conquista humanizadora.
4. Cambio de cultura: giro antropológico.
5. Referencia fundamental: la dignidad.
6. A vueltas con la autonomía.
7. El cuidar como referente.
8. La escucha como desafío.
9. Excepciones y normas.

1. Introducción: cuestión ética.

Toda la historia de la Humanidad ha tenido un horizonte ético apoyado en criterios para:

- No hacer daño.
- Hacer el bien.

Estas dimensiones son éticas (ambas) son genuinamente humanas, y se han expresado en valores, normas, principios, mandamientos:

“no matarás”, “no robarás”, “no mentirás”,
y en positivo: “honrarás a tu padre y a tu madre”, “amarás al prójimo”...

Hemos dado en llamar también *regla de oro de la ética*, a la fórmula: “tratar a los demás como nos gustaría que nos trataran a nosotros”, o, dicho en negativo, o *regla de plata*: “no hagas a los demás lo que no quieras que te traten a ti”.

De la regla de plata (no trates mal) a la de oro (trata bien), efectivamente hay un gran salto, como el que hay de “no hagas el mal” a “haz el bien”, como lo habría entre “no maldigas” a “bendice”.

Este imperativo ha encontrado acogida en la filosofía, así como en las tradiciones de sabiduría religiosa y en los modelos de bioética actuales: *lo primero es no hacer daño* (¡no la autonomía!).

Kant formuló también el imperativo categórico así: “actúa de tal modo que tu máxima de acción se convierta en ley universal”.

Hoy somos más conscientes no solo de la responsabilidad moral de las personas, sino también de las instituciones ante los malos y buenos tratos.



2. Mirada histórica al “atar”

En la Grecia clásica, en el Corpus Hipocraticum, encontramos referencias al uso de la restricción física, restricción con cadenas para aquellos que podían representar un peligro para sí mismos o para los demás. Surge como medida de control, de seguridad, ante la conducta problemática de los pacientes psiquiátricos

En la antigüedad (incluso la cultura judía y la innovación del cristianismo – Jesús-)

- Atar y excluir de la ciudad era práctica habitual para enfermos con conductas desadaptativas. Enfermedad y culpa se relacionaban unidireccionalmente.
- Mc 5, 1-20: endemoniado de Gerasa: vivir en el cementerio, dando gritos, excluido como culpable.
- Se desconocían los procesos mentales, la vida seguía patrones de mayor brutalidad, represión...

De los siglos XIII y XIV

- Empiezan las oposiciones a las restricciones en el mundo de la psiquiatría.

En el siglo XVI

- «¿Y cuántos otros al ser tomados en brazos por criados de poca caridad, eran tan **brutalmente tratados** y manejados, que se les quedaban muertos entre los brazos?» (Cicatelli 87) «Y menos mal si de las tristes palabras no pasaban muchas veces a los hechos: prodigándoles bofetadas, puñetazos, empujones y **atándoles** y molestándoles sin ninguna finalidad o razón». (Cicatelli, 88)
- Exhortaba a **cuidar**: “como lo haría una tierna madre con su único hijo enfermo”. Un desafío para no bajar estándares de atención (soledad al final)



En el siglo XX

- En 1989, la OMS definió las contenciones como “un método *extraordinario* con finalidad terapéutica, que, según todas las declaraciones sobre los derechos humanos referentes a psiquiatría, solo resultarán tolerables ante aquellas situaciones de emergencia que comporten una amenaza urgente o inmediata para la vida y/o la integridad física del propio paciente o de terceros, y que no puedan conjugarse por otros medios terapéuticos”. La clave era la seguridad.

En el siglo XXI

- Las Naciones Unidas abordan por primera vez el tema de la violencia contra las personas mayores en la II Asamblea Mundial del Envejecimiento (Madrid 2002).
- **Los malos tratos son** esas “acciones únicas o repetidas, esas faltas de respuesta apropiada, que causan daño o angustia a una persona mayor, en el marco de relaciones que albergaban expectativas de confianza”. (Definición de la OMS “Declaración de Toronto”).
- Se contemplan diferentes tipos de malos tratos: físicos, psicológicos (provocar angustia, miedo, intimidar, humillar, aislamiento...), Sexuales (comportamientos no consentidos), financieros, negligencia o abandono, obstinación diagnóstica o terapéutica, malos tratos institucionales (decisiones que transgreden el principio de justicia o libertad)... Particular atención merecen las *sujeciones*, restricciones físicas o sujeciones mecánicas –o químicas- que, de medidas excepcionales, pueden convertirse en costumbre bajo el juicio sistemático de que es en beneficio de la persona mayor.



3. Conquista humanizadora

- El desarrollo de la bioética está contribuyendo a plantearse la centralidad del paciente, del mayor, en los procesos terapéuticos y de cuidado. Y esto influye directamente en la cuestión de la gestión de las contenciones.
- Se ha abierto paso el concepto e implicaciones de un modelo de atención integral “centrado en la persona”.
 - Reconoce el protagonismo del ayudado.
 - Cultiva una mirada positiva, sobre las posibilidades y recursos, no solo sobre los límites del enfermo o persona atendida.
 - Subraya la importancia de la autonomía, con las correspondientes derivadas en cuanto a consentimiento informado, ayuda para tomar decisiones, desde nuevos marcos legales en torno a las figuras de cuidadores de hecho...
 - Insiste en la clave de la empatía para comprender la experiencia ajena.
 - Reconoce la relevancia de la familia y allegados en el universo del sujeto.
 - Parte de los derechos, no de la ayuda como beneficencia o regalo.

4. Cambio de cultura: giro antropológico

- Cultura: *cultus*, cultivo.
- Complejo que incluye el conocimiento, el arte, las creencias, la ley, la moral, las costumbres y todos los hábitos adquiridos por el hombre no solo en la familia, sino también al ser parte de una sociedad como miembro que es.
- Creencias: la culpa reforzaba las medidas de contención. La libertad era un valor menos reconocido, pegar se vivía como pedagogía...
- Hoy la cultura está apuntando sobre:
 - La importancia de los procesos, no solo de la intuiciones o decisiones de los cuidadores.
 - La oportunidad y bondad de la personalización en las estrategias.
 - La necesidad de combinar la rutinas y protocolos, los estándares y las mediciones, con la dimensión subjetiva y personal.
 - Considera la importancia de la multidimensionalidad del ser humano: dimensión física, mental, emocional, social, valórica, espiritual...



- La cultura de hoy valora que el uso regular de las contenciones es entendido como un indicador implícito o explícito de baja calidad de cuidados. De ahí que hayan surgido iniciativas sociales como “Desatar al Anciano y al enfermo de alzhéimer” (Confederación Española de Organizaciones de Mayores), el programa “no sujetos” (Dignitas Vitae), el Modelo Libera-Care (Fundación Cuidados Dignos), y diferentes pronunciamientos de sociedades científicas (Colegio Oficial de Enfermería de Baleares, 2017), Documento de Consenso sobre Sujeciones mecánicas y farmacológicas de la SEGG (2014), así como iniciativas legislativas de Comunidades Autónomas.
- Las mismas palabras: sujeciones, contenciones, restricciones, y sus clasificaciones: mecánicas, químicas, farmacológicas; prevención, sujeción, tratamiento...; la duración de las medidas, los procesos de información y consentimiento...; la importancia de valorar la intención deliberada de las acciones que limitan... son elementos que contribuyen a la humanización y reflejan una cultura cambiante.



5. Referencia fundamental: la dignidad

- Durante años hemos estado abundando –y seguimos- sobre la palabra “calidad”. Saludos, enfoques, planes de cuidados... repetían a diestro y siniestro el mantra: “promover la calidad de vida de las personas”, casi como objetivo único. Nos ha hecho bien.
 - El límite es que la calidad es un concepto polisémico (calidad de servicios, gestión de la calidad, calidad de vida...) y es propio de la ética consecuencialista (lo que importa son las consecuencias –y en ese contexto se justificarían más las medidas de contención), mientras que la dignidad es propia de la ética deontológica (lo que importa son los principios).
- Hoy reclamamos también la dignidad.
 - Concepto difícil, ¿polisémico?
 - En aras a la “dignidad” se reivindica el derecho a la eutanasia.
 - Es el fundamento de los derechos humanos: ONU 1948.
 - Refiere la dignidad ontológica: la que nos hace considerarnos como fines y no mero medios; la que fundamenta, la que es independiente de todo.
 - Evoca la dignidad ética, en cuanto que, además de reconocernos iguales en dignidad y derechos, dice que “debemos comportarnos fraternalmente unos con otros”.
- Más que la autonomía y libertad, la fundamentación filosófica, antropológica para no practicar medidas de contención salvo excepciones, es la dignidad intrínseca de todo ser humano.



6. A vueltas con la autonomía

- El principio de “respeto de la autonomía de las personas” es uno de los cuatro del modelo principialista de Beauchamp y Childress, (1979) según el cual “el individuo autónomo es el que actúa libremente de acuerdo con un plan auto-escogido”. La autonomía, por tanto, supone la libertad de elegir y la capacidad y competencia que, como sabemos, en algunas situaciones, está limitada por causas naturales o conductuales (borracho). La autonomía, pues, es la capacidad de las personas de deliberar sobre sus finalidades personales y actuar bajo la dirección de las decisiones que pueda tomar. En la jerarquización sobre los principios, es de segundo nivel. En el primero está la “no maleficencia” y la “justicia”.
- El respeto de la autonomía es el que ha dado paso al tema del **consentimiento informado**, particularmente reconocido en el Convenio de Oviedo, en 1997, primer instrumento jurídico internacional de carácter obligatorio en materia de bioética, para los derechos humanos y la biomedicina. Reconoce la primacía del ser humano sobre el interés de la ciencia o de la sociedad.
- En España, tenemos como referencia posterior la tan citada y conocida como Ley de autonomía: “Ley 14/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica”. En su art. 2, donde se exponen los principios básicos, afirma: “La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad...”
- El principio de autonomía ha sido tomado por algunos grupos y líneas como la bandera de algo nuevo, contra el paternalismo médico tradicional. En ocasiones, también se ha presentado superficialmente, como si se tratara de seguir los “deseos” del paciente, en lugar de su protagonismo



**Comunidad
de Madrid**



deliberativo en la toma de decisiones –normalmente compleja- a la luz de los valores (no solo de los sentimientos y preferencias) y de las convicciones más hondas. Es sabido que autonomía y beneficencia, con frecuencia entran en colisión y procede una buena alianza terapéutica para discernir en medio de la complejidad.

- Una hipertrofia de la autonomía ensalzada sin límites, podría encontrar el equilibrio en el concepto de *alianza terapéutica* y de prudencia –*phronesis*- en los conflictos.

7. El cuidar como referente

- La conquista ética humanizadora de trabajar por eliminar las restricciones de todo tipo, se enmarca en un contexto que tiene más implicaciones: el buen cuidado, la **ética del cuidar**.
- La sociedad está tomando conciencia de la importancia del cuidar:
 - En el cuidar nos va la vida: somos porque nos han cuidado.
 - Cuidar no es menos que curar.
 - En clave de cuidar, vemos una sociedad más humana: sociedad de los cuidados, ciudades cuidadoras, trabajo contra la soledad no deseada...
 - La compasión como clave de cuidado.
 - Satisfacción por compasión.
 - Fatiga por compasión.
 - Inteligencia compasiva.
 - La ternura, clave de humanización en el cuidado. La ternura es la solidaridad de los pueblos hecha profesionalidad en los cuidados.
 - San Camilo proponía como clave de *cuidado humanizado*: “*Más corazón en las manos*”.



8. La escucha como camino:

- Las restricciones físicas y químicas, cualesquiera que sean los motivos o circunstancias en que se practican, posicionan a los cuidadores –familiares o profesionales- en una actitud más cómoda, de menor exigencia en la escucha.
- La escucha no es solo una técnica para practicarla en relaciones de ayuda, con tiempo y formas de counselling. Es una actitud, una expresión ética de la disposición ante la fragilidad humana: asombrarse, acoger, hospitalidad compasiva, empatía terapéutica... son claves para intentar comprender lo que le pasa al sujeto y dar respuestas centradas en sus necesidades, respetuosas de su dignidad...
- ¡Qué bien, que se esté profesionalizando la escucha –Centros de Escucha-¡Qué bien que se celebre la escucha! ¡Qué bien que se promueva en los planes de humanización (escuchar a los pacientes, asociados o no)! ¡Qué bien que se reconozca el poder terapéutico de la escucha y la palabra persuasiva –y retórica- como medios de atención a las personas, y no solo las ayudas técnicas!
- Escuchar al que nos parece que necesitaría medidas de contención, nos llevará a captar el mundo emotivo, de significados, el mundo subjetivo, y a ser creativos en las respuestas.



9. Excepción y norma:

- Toda norma ha encontrado siempre su modo de concretarse también en excepciones. Las excepciones no tienen que convertirse en la norma. Este es, quizás, el origen de la difusión de las prácticas abundantes de uso de medidas restrictivas con mayores y enfermos.
- Las excepciones son situaciones anómalas que pueden ocurrir y llegar a justificar cursos de acción diferentes en situaciones complejas. Normalmente *la excepción debe validar la bondad de la norma y situarse en el marco de lograr un bien mayor o elegir un mal menor*, siempre justificándolo, informando, obteniendo el consentimiento posible, fruto del discernimiento donde la palma se la lleva la prudencia, la claridad de las motivaciones, la rectitud de intención y la necesidad de evaluación.
- El principio del *doblo efecto* (Desde Santo Tomás) es un principio de razonamiento práctico que permite determinar la licitud de una acción que produce dos efectos: uno deseado y uno indeseado. Quien lo realiza es responsable de ambos, pero se justifica el indeseado, pero no se imputa el malo en virtud de la excepcionalidad, de no encontrar otros caminos para conseguir el bien deseado mayor. La SEGG defiende que la única razón legítima para usar restricciones debería ser la terapéutica: garantizar la seguridad, mejorar el bienestar y asegurar la aplicación sin riesgo de otros procedimientos. Y *siempre en un contexto de reconocimiento de la complejidad, de asombro ante ella y de deseo sostenido de evitar también al máximo el mal menor*.
- La existencia de *Comités de Ética Asistencial* en instituciones, pueden contribuir exitosamente no solo a deliberar en alguna situación particularmente compleja, sino sobre todo a formar a los profesionales en una cultura del respeto y del cuidado.

Concluyendo:

Evocamos valores como:

- Dignidad
- Humanización
- Autonomía y libertad
- Alianza terapéutica
- Cuidado compasivo y ternura
- Empatía y escucha
- Discernimiento prudente y deliberación

San Camilo, gran referente humanizador, queriendo evitar las causas de deshumanización, incluidas las restricciones físicas, la exclusión por creencias... hizo también unas Reglas para el buen cuidado. Y, como lema, como mantra, como cantinela, exhortaba a sus compañeros diciéndoles: ***“poned más corazón en las manos”*** y también, más atrevido aún: ***“cuidad a los enfermos, como lo haría una tierna madre con su único hijo enfermo”***.

El fondo se mantendrá siempre vivo: ¿cómo proteger al débil, al que pierde capacidades cognitivas, al que no es dueño de su conducta, a quien más acción de vigilancia y protección necesita y, por otro lado, cómo regular los recursos limitados para el cuidado, el cuidado del cuidador? Ciertamente, los desafíos no se agotan en lo que alcanza a promover o prohibir una ley, sino que, encontrando en ella apoyo, la cultura humanizada del cuidado, será siempre un ideal tensional que actualizar en todo momento y espacio, en tensión ética.

Las leyes tienden a humanizar, a evitar abusos, a proteger al débil. La sabiduría del corazón que ve, que discierne, susceptible también de ser formado, sobreabunda de creatividad en las relaciones como sanadores heridos que somos.

José Carlos Bermejo
Director Centro Humanización de la Salud San Camilo