

ASPECTOS ETICOS DE LA DESINSTITUCIONALIZACION EN EL ENFERMO MENTAL CRONICO

Dres. **Pedro Fernández Oalazabal,**

Master en Psicología de la Salud

Ernesto Cañabate Reyes, Luis Salas

Pérez, Nidia Riera

Especialistas de Primer Grado en Psiquiatría

María Pau Domínguez.

Camagüey, Cuba.

Especialista en Alergología

INTRODUCCION

En el mundo actual cada vez cobran más fuerza los estudios acerca de problemas morales, de las relaciones humanas que se establecen en el ejercicio de determinadas profesiones y deberes de la vida social, espiritual y cultural del hombre. Estas implican una confrontación de valores, puntos de vista, opiniones y sobre todo conductas. Todo lo cual conforma las actitudes.

Las actitudes van mucho más allá de la mera actuación, contemplan el sistema de autorregulación cognitivo-afectivo que fundamentan la conducta. Toda actitud que el hombre asuma ante la vida y la muerte, la salud y la enfermedad, el bienestar y el sufrimiento resume en sí misma la expresión de estructuras psicológicas complejas de conocimientos, habilidades, emociones y orientaciones de valor que lo definen como ser social. En terrenos de moral resulta de

vital importancia el conocimiento de las actitudes en tanto el hombre es concebido como un ser bio-sico-social en cuyo desempeño en la vida intervienen motivaciones muy complejas y en su comprensión diversos sistemas de ciencias particulares.

Desde que Potter (1) enunció sus concepciones acerca de la Bioética y su conceptualización como "estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias humanas y su análisis a la luz de valores morales"; se ha avanzado mucho en cuanto a complejidad de las relaciones sociales, desarrollo científico-técnico, demandas de servicios de salud y ampliación del objeto de estudio de ciencias particulares. La medicina así como otros sistemas científicos han experimentado aperturas hacia aspectos antes no contemplados como por ejemplo el papel de factores sociales y culturales en el proceso salud-enfermedad, la repercusión somática de lo psíquico y viceversa, etc; todo lo cual ha generado el planteamiento de nuevos problemas morales derivados de la práctica en terreno de salud.

No toda la atención que el hombre necesita y demanda es de naturaleza biológica, también necesita de atención psicológica, de salud mental y esto ha derivado en praxis cotidiana. En este sentido de plantea al término PSICOETICA para definir los problemas de la atención psicológica y psiquiátrica y el análisis de las mismas a la luz de valores morales.

PROBLEMAS DE LA PSICOÉTICA

La psicoética como rama de la ética encargada de los problemas de la práctica psicológica y psiquiátrica cuenta con un vasto campo de acción, dada la complejidad de las situaciones a abordar, la creciente demanda de atención y la subjetividad del hombre como elemento fundamental en su contenido. Llama la atención, sin embargo, el hecho de que este aspecto tan importante de la salud, el bienestar y la calidad de la vida del hombre aparezca en cierta medida marginado en la literatura.

En algunos países como Estados Unidos de América, se aprecia un mayor énfasis en el abordaje de estos problemas; en alguna medida motivado por la aprobación de la carta de los enfermos en los hospitales, la cual contiene como núcleo vital que el enfermo sigue siendo una persona adulta y autónoma con derechos básicos, los dilemas acerca de la relación entre el enfermo y el equipo de salud que lo atiende y el cuestionamiento del paternalismo médico como elemento de los códigos médicos clásicos.

En este campo son muchos los problemas que se presentan, el primero de ellos y que consideramos cardinal es la definición de enfermedad mental; la misma se ha interpretado desde diferentes puntos de vista, el biólogo, social, psicólogo o interacción de ellos. Este aspecto es de gran importancia por cuanto implica y define diferentes

modalidades de diagnóstico, terapéutica y hermenéutica de la enfermedad.

En el campo de la salud mental interviene de forma esencial la subjetividad del hombre, sus creencias y estilos de vida y sobre todo el carácter particular, temporal o individual de estos aspectos que dependen en gran medida de la historia de vida, la cultura y la sociedad y familia en que el hombre en cuestión se desarrolla. Al respecto Veatch, 1988 (2) concibe el análisis de la subjetividad del hombre, en el caso de la enfermedad mental, como un camino obligado para la hermenéutica de la enfermedad, concibiéndose la misma como experiencia vital de la persona enferma. Sólo en esta medida, a juicio nuestro, se respeta la autonomía del paciente si se conciben sus vivencias patológicas como su experiencia de vida.

Entre los problemas que enfrenta la psicoética se señalan:

- Selección y preparación de los terapeutas.
- Actitudes de los terapeutas.
- Investigación y experimentación en la psiquis humana.
- Terapia sexual.
- Psicoterapia, orientación, asesoramiento y religión.
- Ofertas de servicios de salud.
- Institucionalización vs desinstitucionalización del enfermo mental crónico.

Es precisamente a este problema al que nos referimos dada la importancia del mismo.

ASPECTOS ETICOS DE LA DESINSTITUCIONALIZACION EN SALUD MENTAL

En la década de los 60, sustentado en el descubrimiento de los neurolépticos y el desarrollo de las comunidades terapéuticas se comienza en algunos países del mundo a implantar los embriones de lo que sería un nuevo modelo en la atención al enfermo mental. El modelo desinstitucionalizado, consistente en la atención al paciente portador de enfermedad mental fuera de los marcos del hospital psiquiátrico. Este modelo surge con el propósito de renovar el carácter terapéutico de la psiquiatría y como respuesta de la sociedad ante los ingresos prolongados en instituciones psiquiátricas y la pérdida del rol social y operativo de los pacientes. La institucionalización concebida como recurso terapéutico seleccionado por el personal médico era la expresión de la beneficencia, era "lo mejor para el paciente", pero se realizaba en la mayoría de los casos en contra de su voluntad sin tener en cuenta su autonomía, de la cual era eximido dada su enfermedad como limitante de la capacidad de decisión y opciones de vida.

La implantación de este modelo plantea nuevos dilemas e interrogantes en el terreno económico, político, social, psicológico y ético en tanto se constituye en una nueva forma de atención a los problemas de la salud del hombre. Para los reformadores significaba la abolición del manicomio, para los administradores

significaba una reducción en los costos, para los sociólogos un reto y para las ciencias de la salud una nueva forma de intervención; pero desde una perspectiva ética de análisis: ¿qué significaba para los pacientes?; ¿qué significaba para su familia?; ¿resulta beneficioso para ellos?; ¿se respeta realmente su autonomía? y sobre todo, ¿están preparados los pacientes, la familia y la sociedad para este nuevo paso?. Estas son algunas de las interrogantes que, con una fuerte connotación moral se presentan.

Cuando la desinstitucionalización se trata es necesario que el análisis sea aún más profundo para dar verdadero tratamiento a los problemas antes planteados y no quedar a un nivel fenomenológico y superficial, que conllevaría a soluciones no efectivas a largo plazo. A continuación analizaremos algunas de estas cuestiones:

¿DESINSTITUCIONALIZACIÓN O DESHOSPITALIZACIÓN?

Esta es una cuestión clave, en la que no puede haber confusión ni relaciones de identidad entre ambas. Desinstitucionalizar al enfermo mental va mucho más allá de la simple reducción de camas en un hospital psiquiátrico o la política de tratamientos de corta duración y altas. Cuando de esta forma se trata el problema ya de hecho se están generando nuevos problemas y conflictos de tipo económico, social y morales. En Estados Unidos se ha incrementado

el número de “homeless” (sin techo), dada la proliferación de la deshospitalización brusca llevada a cabo en la década de los 60 (3). Otros problemas como consecuencia de esto es el abandono de sectores de la población, la transintitucionalización, la diversificación y especialización extrema de servicios de salud mental brindados en la comunidad con pérdida de relaciones entre ellos y la consecuente sectorización e la atención lo que obliga al paciente a ser usuario de varios servicios a la vez en detrimento de su economía y de sí mismo. (4)

En este sentido lo que se hizo según el principio de la autonomía, paradójicamente atenta contra ella misma, téngase en cuenta además que cada servicio oferta “lo mejor para cada caso” y se convierte en una beneficiencia a medias generando, en gran parte de los casos los nuevos crónicos, que circulan de servicio en servicio sin resolver verdaderamente su problema o el consabido retorno a la institución.

Desintitucionalización implica ante todo desmontar el paradigma o esquema racionalista problema –solución o al menos problema– solución tendencialmente óptima (5), es decir al problema de la enfermedad mental le corresponde la solución óptima de la curación; pero en un campo en el que prima la subjetividad del hombre, la individualidad, la diversidad de modelos y en muchos casos el desconocimiento de la etiología de la enfermedad, o sea, que no se cono-

ce a fondo, cómo es posible entonces pronostica la solución óptima y mucho menos cuando esto se asume como generalidad para todos los casos sin tener en cuenta el carácter vivencial e individual de cada enfermo en su enfermedad. Cuando esta solución óptima es asumida como hacer el bien se implica al paciente en marcos terapéuticos sin respeto a la autonomía, sobre todo cuando se generaliza.

DESINTITUCIONALIZACIÓN Y REHABILITACIÓN

Otro de los problemas que puede presentarse subsiguiente a la desintitucionalización es el de la elección de las actividades y acciones rehabilitatorias que realmente necesita el paciente y que le resulten desarrolladoras. La desintitucionalización del paciente psiquiátrico no es en modo alguno una terapia en sí, ni constituye un fin; es un paso previo a la rehabilitación comunitaria, al desarrollo de habilidades sociales que le permitan el adecuado funcionamiento en la sociedad. El fin es la integración social, familiar y laboral del paciente. La integración implica preparación de ambas partes: del paciente y de la sociedad para facilitar o amortiguar las exigencias que se generan en el proceso de interacción social. La rehabilitación constituye pues el medio, el proceso que facilitará la integración social y la desintitucionalización fue su primer peldaño. La rehabilitación es ante todo un proceso de

aprendizaje y reaprendizaje de las habilidades, conocimientos y capacidades perdidas o dañadas por la acción de la enfermedad y la desinstitucionalización una acción que pudiera ser administrativa, política o económica.

LA INDIVIDUALIDAD DEL PACIENTE

La rehabilitación como cualquier otro proceder en salud requiere del cumplimiento de principios éticos. Cada paciente vive su enfermedad como experiencia de vida y la matiza con su personalidad, cada uno la sufre y la afronta de forma singular, teniendo consecuencias también singulares, lo cual plantea una necesidad imperiosa de satisfacer necesidades individuales y singulares sin hacer absoluta la generalidad.

De lo anterior se infiere que es indispensable la evaluación de la discapacidad y la desventaja de cada caso con vistas a ofrecerle y exigirle en el proceso rehabilitatorio lo que realmente necesita y puede hacer.

El principio de la beneficencia entendido como hacer el bien, implica hacer lo que es bueno, necesario y adecuado para cada caso, a partir de la evaluación minuciosa de su vida, enfermedad, limitaciones y aspectos conservados. Ese es el bien que necesita el paciente y no el que el interventor considere. Téngase en cuenta además la individualidad, las motivaciones, intereses y habilidades, en fin, respétese la autonomía del hombre.

Cuando esto no sucede así es se sientan las bases para la contradicción entre las buenas intenciones de los interventores en hacer el bien y la no aceptación o insatisfacción de los pacientes. Por otra parte el paciente se ve sometido a exigencias que no puede cumplir: se le pide que sea autónomo en su vida pero no se le da el derecho y la posibilidad para decidir.

Si bien el fin de la rehabilitación no es la curación si lo es la integración, pero integración hasta donde las posibilidades del paciente se lo permitan por tanto no todos se integrarán de igual forma ni en las mismas esferas de la vida social y laboral. Esto constituye un problema con una fuerte repercusión ética: la determinación de los niveles de discapacidad y capacidad de adaptación y no adaptación psico-social en el enfermo mental lo que correspondería a los niveles de autonomía para afrontar la vida. Al respecto consideramos muy válidos los planteamientos de Rotelli, De Leonardis y Mauri (6) "no existe solamente un mundo productivo en el que estar no existe tampoco una salud, sino miles de ellas. Se trata de decir que es posible de reproducirla en mil formas diversas, pero que deben ser practicables, se trata de utilizar la riqueza infinita de los roles sociales posibles".

¿PACIENTES O USUARIOS?

El individuo portador de enfermedad mental sin pleno uso de sus capaci-

dades de decisión autonomía y derechos ciudadanos espera pacientemente a que la institución decida lo que es mejor para él en cuanto a terapéutica, estancia en el hospital y sobre todo en cuanto a expectativas de curación o mejoría. Este tipo de relación equipo de salud - paciente es expresión del modelo paternalista ubicando al sujeto en posición no autónoma con subvaloración de sus posibilidades y capacidades, incluso de las conservadas al no tenerlas en cuenta y la "infantilización de dicha relación".(7)

Con la desinstitucionalización, al cambiar el paradigma problema solución, cambian también las ofertas de servicios así como la naturaleza y características de los mismos. Se comienza la preparación del paciente para asumir la vida, para la recuperación de habilidades perdidas y aumentar sus posibilidades de interacción con el entorno incluido el servicio de salud mental. Este sujeto en vías de recuperación de su autonomía y su individualidad deja de ser un ente pasivo en espera de soluciones y decisiones ajenas para pasar a ser un ente activo de recuperación. Cambia por tanto su sistema de relaciones con el servicio y se convierte en un usuario al disponer de la libertad para decidir. En este sentido Rotelli y colaboradores analizan el cambio gradual de la posición del paciente con respecto al servicio; plantean cambios en el estatus jurídico: de paciente forzoso a voluntario luego huésped y finalmente el establecimiento

de todos los derechos ciudadanos.(8). Como se comprenderá el tipo de relación que compete a un sujeto de su propia vida con sus derechos y deberes sociales restablecidos es el de usuario de programa o servicio de salud mental y no el de paciente forzoso.

CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Este aspecto referido a la forma en que el usuario cumple con las prescripciones terapéuticas, sean estas de tipo medicamentoso o no y la disposición del mismo a cumplirlas se resume en la actitud del sujeto ante su tratamiento. En trabajos anteriores hemos comprobado que existe mejor y mayor motivación hacia el tratamiento en los pacientes en rehabilitación en la comunidad que en los hospitalizados. (9) En esto juega un papel determinante la capacidad del usuario. antiguo paciente para asumir una responsabilidad social - individual frente a su enfermedad tratamiento y recuperación. En este caso el tratamiento ya no es algo decidido por otro, ni obligado, es una decisión y responsabilidad propia, es ante todo la percepción de la confianza en sus posibilidades. como usuario con autonomía para asumir un deber. Es la capacidad de establecer un compromiso libre expresado en un contrato con la debida confrontación de valores, puntos de vista y opiniones, es la comprensión del por qué este tratamiento es el más indicado para él en su

situación actual; la cual además ha sido debidamente explicada, ha existido un consentimiento informado y el usuario cumple con una tarea libremente asumida en función de objetivos comunes para ambas partes.

Referencias bibliográficas

1.- Potter R: Bioethics: Bridge to the future, en: 10 palabras claves en bioética.

Javier Gafo. Editorial Verbo Divino. Navarra. España. 1994:11

2.- Veatch R: Models for ethical medicine issues in professional life. Oxford: Oxford University Press: 1988: 89-92.

3.- Gafo J.: 10 palabras claves en Bioética. Editorial Verbo Divino. Navarra. España. 1994: 233-262.

4.- Rotelli F., De Leonardis O. y Mauri D.: Desintitucionalización: otra vía (la

reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa occidental y de los países avanzados). Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría. Vol. VII. Nº 21, 1987: 166-169.

5.- Ibidem p 170-172

6.- Ibidem 172.

7.- Sala R.: Autonomía y consentimiento informado. Modelo de relación entre médico y enfermo mental. Revista Medicina y Etica Vol. V. Nº IV Octubre-Diciembre. 1994.

8.- Rotelli F. De Leonardis O. y Mauri D.: Desinstitucionalización: otra vía

Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría. Vol. VII. Nº 21, 1987: 174.

9.- Fernández O.P.: Estudio de la Motivación hacia el tratamiento en paciente en rehabilitación comunitaria y hospitalaria. Ponencia presentada en Jornada de Psiquiatría. Hospital Psiquiátrico Comandante René Vallejo Ortiz. Camaguey. 1995.