

Ensayos

Medwave 2014;14(9):e6027 doi: 10.5867/medwave.2014.09.6027

Autonomía y adulto mayor, un binomio no siempre perfecto

Autonomy and the elderly, not always a perfect pair

Autores: María de Lourdes Menéndez Villa⁽¹⁾, Leonor Hernandez Piñero⁽²⁾

Filiación:

⁽¹⁾Servicio de Medicina, Hospital Enrique Cabrera, La Habana, Cuba

⁽²⁾Hogar de Ancianos Chung Wah, Municipio San Miguel del Padrón, La Habana, Cuba

E-mail: marylumv@infomed.sld.cu

Citación: Menéndez ML, Hernandez L. Autonomy and the elderly, a not always perfect pair. *Medwave* 2014;14(9):e6027 doi: 10.5867/medwave.2014.09.6027

Fecha de envío: 25/8/2014

Fecha de aceptación: 21/10/2014

Fecha de publicación: 28/10/2014

Origen: no solicitado

Tipo de revisión: con revisión por cuatro pares revisores externos, a doble ciego

Palabras clave: bioethics, aged, physician-patient relations, personal autonomy

Resumen

El envejecimiento, como fenómeno individual y social, plantea retos para el personal de salud que dedica sus esfuerzos a la atención de este grupo etario. Los múltiples cambios fisiológicos aparejados al hecho de envejecer, condicionan modificaciones en hábitos y conductas del anciano así como limitaciones en su autonomía y funcionabilidad. Sin embargo en ocasiones, familiares bien intencionados, médicos y enfermeras, minimizan las posibilidades reales del anciano para tomar alguna decisión en relación a su propia salud y bienestar, soslayándole información o apenas consultando su opinión. En la relación del anciano con los trabajadores de la salud, surgen con frecuencia aspectos legales y éticos que requieren de un profundo análisis y una preparación particular. El ejercicio de plena autonomía en la toma de decisiones de los adultos mayores se restringe al darles información limitada o distorsionada. La atención al adulto mayor reviste características particulares que demandan del personal médico esfuerzo, dedicación, así como preparación científica y bioética adecuadas.

Abstract

Aging, viewed as an individual and social phenomenon, poses multiple challenges to healthcare providers who treat the elderly. The many physiological changes that come with aging modify habits, patterns of behavior, and limit autonomy and functionality of elderly patients. However, there are instances in which well-meaning relatives, physicians, and nurses underestimate the ability of elderly patients to make decisions regarding their own health and wellbeing, thus withholding information or disregarding patients' opinions. The elderly patient-healthcare provider relationship has unique legal and ethical aspects that require deep reflection and special training. Care must be taken to avoid infringement of the elderly patient's autonomy by limiting or distorting information given to the patient. The unique aspects of elderly patient care require effort and dedication, as well as scientific and appropriate ethical training.

Introducción

El adulto mayor, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) [1] como toda persona de 60 años y más, plantea como fenómeno individual y social una serie de retos para el personal de salud que dedica sus esfuerzos a la atención de este grupo etario.

Los múltiples cambios fisiológicos aparejados al hecho de envejecer, condicionan modificaciones en hábitos y conductas del anciano así como limitaciones en su autonomía y funcionabilidad. Sin embargo en ocasiones, familiares bien intencionados junto con médicos y enfermeras, minimizan las posibilidades reales del anciano, soslayándole información o apenas consultando su opinión.

De esta forma se violan algunos de los principios de la bioética por desconocimiento.

La bioética médica surge en el mundo desarrollado, principalmente como consecuencia del avance de la ciencia y de la tecnología. Se establece como el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y de la salud, examinada a partir de los principios y valores morales [2]. La misma ha abordado aspectos de la relación médico-paciente, los derechos de las personas enfermas, la donación de órganos, los criterios de muerte cerebral y de estado vegetativo persistente, los ensayos clínicos en humanos y los experimentos con animales, entre otros [2],[3].

Los principios de la bioética, considerados como inviolables, se resumen en:

- La autonomía del paciente, que puede interpretarse como libertad de acción o deliberación efectiva.
- La beneficencia y no maleficencia. La primera supone actuar para prevenir el daño o suprimirlo para promover el bien. De esa manera se ayuda al otro desde la perspectiva humanista que ha caracterizado a la medicina desde sus inicios.
Por su parte, a diferencia del principio de beneficencia, el de no maleficencia puede considerarse como un asunto pasivo, que implica no infligir daño. Abarca no sólo el perjuicio que pueda ocasionarse, sino también el riesgo vinculado al mismo
- La justicia. Por esta se entiende tanto la individual como la particular. Este principio se sustenta en la obligación ética de dar a cada una de las personas lo que verdaderamente necesita o corresponde, en consecuencia con lo que se considera correcto y apropiado desde el punto de vista moral [4].

A partir de estos presupuestos, la Declaración de Ginebra, elaborada por la Asociación Médica Mundial, señala el deber del médico con las siguientes palabras: "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente" [5]. Por otra parte, en el Código Internacional de Ética Médica se declara que el profesional de la salud actuará solamente en el interés del enfermo. Este último debe ser tratado como un ser autónomo, lo cual se materializa en la práctica a través del consentimiento informado [6],[7]. Por consentimiento informado se entiende aquel proceso mediante el cual se explica debidamente al paciente el procedimiento y posibles alternativas, con sus ventajas e inconvenientes, lo que lo capacita para tomar decisiones.

Según Galán Cortés [7], el médico debe informar al paciente de todas aquellas circunstancias que puedan incidir en su decisión final, por lo que está en la obligación moral de indicarle sobre la forma o medios empleados y el fin que se persigue con el tratamiento médico. Razón por la que le señalará oportunamente el diagnóstico de su proceso, pronóstico y alternativas terapéuticas que existan, con sus riesgos y beneficios [8].

¿Se cumplen siempre los principios de la bioética en la relación médico-paciente anciano? Teniendo presente todo

lo expuesto, nos proponemos analizar el cumplimiento del principio de autonomía en especial en la relación médico-paciente anciano.

Consideraciones sobre la relación médico-paciente adulto mayor

El binomio médico-paciente ha transitado en cada época con diferentes connotaciones y valores. En la comunidad primitiva se daba una explicación mágica a los males que afectaban a los hombres y su "solución" caía en manos del brujo, el hechicero o el curandero, pasando después por la época de Hipócrates, "padre de la medicina occidental", hasta el desarrollo científico de la medicina en el momento actual [9].

El prodigioso desarrollo de la ciencia y la tecnología médicas ha modificado el rostro de la medicina moderna. Ésta tiene una vertiente negativa que se expresa en la crisis de la atención de salud y de la relación médico-paciente. Esta tendencia actual es proclive a hacer perder de vista la integridad y complejidad del ser humano e impone una suerte de barrera tecnológica entre el médico y el paciente [10].

Pero el problema no ha cambiado, ya sea enmarcado en las actividades de promoción y prevención de salud, como en aquellas que pretenden el alivio, curación o rehabilitación del enfermo.

El encuentro o relación entre estos dos individuos se estructura de la siguiente manera: en un ángulo el médico, con un importante acúmulo de conocimientos y experiencias, y en el otro el paciente, como ser biopsicosocial que requiere de sus acciones desde el punto de vista científico [11]. De lo exitosa que sea esta relación, dependerán en gran medida los resultados que se obtengan en cuanto a la adherencia a un tratamiento, cumplimiento de las indicaciones y abandono de estilos de vida poco saludables, entre otros.

Al igual que sucede con el paciente pediátrico o en la gestante, la relación médico-paciente tiene características muy especiales al tratarse de un paciente de la tercera edad, lo que plantea sus propios conflictos éticos [12].

El propio proceso de envejecimiento hace que el anciano sea menos adaptable a cualquier tipo de cambio, trátase de hábitos higiénicos, alimentarios, u otros. No obstante, aunque su adaptabilidad es menor, ello no quiere decir que no sea capaz de modificar la conducta siempre que exista una base sólida para nuestra indicación, hayamos sabido escuchar con paciencia y nos ganemos su confianza [12].

No resulta prudente ni aconsejable entrar en verdaderos enfrentamientos, por muy abigarrados y sin razón que nos parezcan sus juicios. El anciano enfermo que actúa bajo el impulso de su autonomía, tomará en ocasiones una decisión precipitada, conservadora en exceso o errónea, atendiendo a criterios de salud adquiridos durante una larga existencia y que generalmente son de muy difícil

modificación, más aun cuando llegamos a estos extremos [12].

Al analizar la relación del anciano con los trabajadores de la salud, considerando al paciente adulto mayor como individuo débil, en ocasiones indefenso, con grandes necesidades insatisfechas y trastornos invalidantes que lo hacen dependiente de los demás; surgen con frecuencia aspectos legales y éticos que ofrecen aristas particulares. Ello coloca al trabajador de la salud que brinda sus servicios a personas de este grupo, ante algunos problemas cuya solución requiere de un profundo análisis y una preparación particular en cuanto a los principios básicos de la especialidad. Su carencia plantea para el médico nuevos elementos en el análisis ético de la atención de salud al anciano [13],[14].

Rara vez se encuentran soluciones simples que dependen solamente de un conocimiento técnico y de mayor o menor grado de información (en especial cuando las dificultades surgen en personas con múltiples enfermedades crónicas y discapacidades en un entorno sociofamiliar que no puede garantizar las demandas de tal individuo), si se aspira a encontrar las soluciones alternativas que permitan preservar y promover el bienestar del paciente teniendo en cuenta sus perspectivas, criterios y aspiraciones, sin olvidar que la salud es el pleno disfrute biológico, psicológico y social de la existencia. Para lograr dicho bienestar se impone un flujo bidireccional de información, además del conocimiento de la realidad integral del paciente, lo que unido a una adecuada preparación profesional permitirá alcanzar una decisión [12],[13],[14].

Si tenemos en cuenta que la autonomía es también "la aceptación del otro como agente moral responsable y libre para tomar decisiones" [11], podemos inferir entonces que en la relación médico-paciente con el adulto mayor, en presencia de ciertas condiciones (básicamente las que se refieren a deterioro cognitivo y/o limitación física), la autonomía queda limitada al estar restringida la información. En tales casos tendremos no sólo la intervención propia y la del paciente, sino que además invariablemente intervendrán otros elementos como la familia (más o menos bien informada), los órganos de la seguridad social, de justicia y el sistema de salud, sin considerar la eventual participación de las redes de apoyo formal e informal. Gracias a estos factores pueden producirse discrepancias entre las partes interesadas en el manejo del problema, ya sea enfermedad, discapacidad, el cambio de estatus y roles del anciano pos-jubilación, o aun por problemas del espacio doméstico y social del anciano que asiste a solicitar atención de salud, [12],[13],[14].

Las mayores dificultades para el cumplimiento de este principio en pacientes ancianos, en enfermos con enfermedades malignas o enfermedades crónicas no transmisibles de pronóstico sombrío, se establecen fundamentalmente en la omisión de información necesaria al paciente. Es decir, la no comunicación explícita del diagnóstico, priva al enfermo de poder ejercer plena autonomía en la toma de decisiones presentes y futuras

relacionadas con su enfermedad, lo cual viola el consentimiento informado [11],[12],[13],[14].

Elementos que pueden limitar la autonomía de los pacientes

Factores internos

Las lesiones cerebrales o neurológicas producidas por traumas, enfermedad cerebro vascular, trastornos metabólicos o circulatorios, la demencia senil, la enfermedad de Alzheimer, los trastornos psiquiátricos como neurosis o psicosis también pueden limitar la autonomía. No obstante, algunas de estas situaciones pueden evolucionar positivamente o ser reversibles y el paciente puede recuperar en ese momento la autonomía perdida.

Factores externos

Estos son los factores relacionados con el medio socioeconómico en que el individuo se desarrolla. Debemos insistir en ellos, pues aunque el individuo esté apto psíquica y físicamente para ejercer su autonomía, los factores externos pueden ser determinantes al respecto. Deben mencionarse en este sentido la coerción, el engaño, la privación u omisión al paciente de la información adecuada, el bajo nivel educacional y los factores económicos de él como individuo, de su familia y de la sociedad en que vive [12],[13].

Si bien el anciano resulta un sujeto particularmente vulnerable, no debe privársele de sus derechos a elegir y decidir acerca de su salud en todos aquellos casos en que las condiciones lo permitan, basándose en una tergiversada idea de protección. Lamentablemente, con mucha frecuencia vemos pacientes con distintas enfermedades. Ejemplo de ello es la incontinencia urinaria (uno de los grandes síndromes de la geriatría), en que la familia decide con un erróneo enfoque de supuesta protección, no intervenir a la paciente quirúrgicamente porque "está muy ancianita", aun cuando la anciana expresa claramente que desea operarse y resolver esta situación.

Recordemos que Cicerón nos legó la sabiduría de la frase "la vejez es honorable si se defiende a sí misma reteniendo sus derechos, manteniendo su independencia, gobernando sobre sus dominios hasta el último suspiro".

Conclusiones

En muchas ocasiones se viola el principio de autonomía en la atención a los adultos mayores. La información limitada o distorsionada, priva al enfermo de poder ejercer plena autonomía en la toma de decisiones. La relación médico-paciente adulto mayor reviste características particulares que demandan del personal médico esfuerzo, dedicación así como preparación científica y bioética adecuada.

Notas

Declaración de conflictos de intereses

Las autoras han completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE traducido al castellano por *Medwave* y declaran no tener conflictos de interés con el tema abordado en el artículo. Los formularios pueden ser solicitados contactando a la autora responsable o a la dirección editorial de la *Revista*.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Guía Clínica para Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores. New York: OPS, 2004. | [Link](#) |
2. Cruz-Coke MR. Introducción de la bioética en la medicina contemporánea. *Rev Med Chile*. 1995;123(3):363-9.
3. Gracia Guillén D. Fundamentación y enseñanza de la bioética. Bogotá: Búho, 1998.
4. Oliva Linares JE, Bosch Salado C, Carballo Martínez R, Fernández Brito Rodríguez JE. El consentimiento informado, una necesidad de la investigación clínica en seres humanos. *Rev Cubana Invest Biomed*. 2001;20(2):150-8. | [Link](#) |
5. Artiles Bisbal L, Otero Iglesias J, Barrios Osuna I. Metodología de la Investigación para las Ciencias de la Salud. La Habana: Ecimed, 2009.
6. Lugones Botell M. Consentimiento informado. *Rev Cubana Mgi*. 2005;21(5,6). | [Link](#) |
7. Galán Cortés J. La responsabilidad médica y el consentimiento informado. *Rev Med Uruguay*. 1999;15:5-12.
8. Ortiz N. El derecho a la salud y los derechos de los enfermos. Madrid, España: Encuentro, 1983.
9. Anta Lence JJ. El error... ¿de Hipócrates o de profesionales sanitarios inadaptados? *Rev Cubana Med*. 2003;42(2). | [Link](#) |
10. Carvallo A. Médicos y profesionalismo: paciente e información. *Rev Med Chile*. 2005;133(2):253-258. | [Link](#) |
11. Gorrita Pérez R. Consentimiento informado: un dilema ético a la luz de la sociedad actual. *Rev Cienc Med La Habana*. 2012;8(1). | [Link](#) |
12. Couso C, Zamora M, Puro I, del Pino I. La bioética y los problemas del adulto mayor. *MEDISAN*. 1998;2(3):30-35. | [Link](#) |
13. Tena Tamayo C, Sánchez González JM, Rivera Cisneros A, Hernández Gamboa LE. La práctica de la medicina y la responsabilidad médica. Algunas reflexiones en torno. *Rev Med IMSS*. 2003;41(5). | [Link](#) |
14. de Lorenzo R. Responsabilidad legal del profesional sanitario. Madrid, España: Edicomplet, 2000.

Correspondencia a:

Calzada de Aldabó 11117,
 Altahabana, Municipio Boyeros,
 La Habana,
 Cuba



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.