

Traducción: Dra. Diana Perriard

Ética de guardapolvo blanco: dilemas éticos con los que se enfrentan los estudiantes de medicina

Dimitri A. Christakis y Chris Feudtner

¿Cuáles son los dilemas éticos cruciales con los que se enfrentan los estudiantes de medicina en las salas de internación? Los docentes suelen pasar por alto esta pregunta. Gran parte de los trabajos recientes acerca de la enseñanza de la ética se refiere a los temas a incluir (consentimiento informado, omisión de la reanimación, aspectos éticos de la reproducción), la metodología (casos, pacientes sustitutos o modelos) y el análisis (empleando principios éticos, razonamiento moral normativo o teorías legales). No obstante, no se discuten los problemas éticos reales ni el impacto en los alumnos que intentan adaptarse al mundo médico y deben decidir acerca de su propio comportamiento y papel. Algunos autores sostienen que los alumnos deben adquirir conceptos y habilidades que les permitan abordar con éxito las disyuntivas con las que se enfrentarán como médicos. Empero, los estudiantes no son médicos y sus inquietudes son diferentes. Aunque sin duda se ven expuestos a interrogantes bioéticos (por ej. quién no debe ser sometido a reanimación o quién debe recibir un trasplante hepático), no deciden y por lo tanto, esas dudas poseen relevancia secundaria. De hecho, aunque los estudiantes pueden encontrarse con situaciones de dimensiones éticas importantes, capaces de provocar respuestas meditadas y apasionadas, no corresponde destacar decisiones que los alumnos no deben tomar por el momento e ignorar las que sí deben asumir a diario. Estos dilemas no tienen lugar en el paradigma educativo prevalente, que es poco sensible al estadio evolutivo clínico y ético de los estudiantes, que ya no son legos pero todavía no son médicos.

Durante 1991-1992, dirigimos sesiones en las cuales estudiantes de tercer año plantearon y discutieron las disyuntivas que vivieron en la sala. En este artículo presentamos un informe etnográfico de esos dilemas. Intentamos enfatizar su relevancia y señalar algunas de sus implicaciones - un paso inicial limitado pero necesario hacia la comprensión y promoción de la formación ética de los futuros médicos.

"Ética de sala"

En 1991-1992, los 152 alumnos de tercer año de la Escuela de Medicina de la Universidad de Pennsylvania participaron en un minicurso obligatorio de ética, incluido en la rotación por medicina interna. Todos los meses se formó un nuevo grupo de 8 a 28 integrantes, que se reunió una vez por semana, durante 75 minutos. Tres de las cuatro sesiones, a cargo de miembros del claustro de profesores, se destinaron al consentimiento informado, la omisión de la reanimación y la adjudicación de los recursos. En la cuarta semana agregamos la "ética de sala", centrada en las disyuntivas que se le plantean al estudiante en ese ámbito. Alentamos a los alumnos a prepararse para presentar y discutir los dilemas planteados en la rotación actual o en las previas. También añadimos que debían concurrir con un informe de dos páginas que describiera y analizara un problema ético surgido en la sala.

Iniciamos el encuentro con una breve introducción, aclarando que no existía un orden del día preestablecido y que hablaríamos de cualquier tema ético que les pareciera importante. En menos de un minuto algún estudiante mencionaba un caso y otros se sumaban de inmediato a la conversación. En nuestro papel de facilitadores, cada tanto preguntábamos si otros alumnos habían experimentado situaciones similares y en ocasiones resumíamos parte del debate para integrar los distintos comentarios. Al finalizar, los estudiantes entregaban sus informes. Nuestra intención no era inculcar un conjunto de valores éticos en particular ni "resolver" los problemas con un enfoque jerárquico. En concordancia con el análisis orientado hacia el proceso, intentamos dirigir la discusión de los casos hacia el desarrollo adicional del "procesamiento ético", que en nuestra opinión posee varios componentes: 1) aprender a reconocer un dilema ético, 2) "desembalarlo" y considerar los temas y personas involucrados, 3) armonizar los fundamentos y motivos propios, nobles o no, 4) crear un marco flexible en el cual plantear y solucionar los interrogantes éticos con los pacientes y colegas de diferente nivel académico y 5) establecer una ética personal, adecuada al papel desempeñado en el equipo médico.

La mayoría de los participantes agradeció la oportunidad de discutir temas de relevancia inmediata para su capacitación y calificó a estas sesiones con un puntaje promedio de 4,1 (siendo el máximo 5 o "sobresaliente"). Desde nuestra perspectiva como preceptores y alumnos de cuarto año, nos impresionó la complejidad y potencial emocional de muchos casos.

Después de las cuatro primeras reuniones de ética de sala, revisamos en detalle los 60 casos recibidos y

nuestras anotaciones y formulamos una taxonomía preliminar de los dilemas, organizada en torno a problemas recurrentes:

- llevar a cabo procedimientos,
- ser "integrante de un equipo",
- desafiar la rutina médica,
- conocer al paciente como persona
- ser testigo de conductas indebidas.

Más tarde comprobamos que estos temas, con leves modificaciones, persistían. Además, las discusiones con algunos estudiantes (y médicos de planta y concurrentes que relataron sus experiencias como alumnos y profesionales) confirmaron que estas situaciones representan aspectos relevantes de la vida ética de los estudiantes. Por supuesto, no todos los casos coinciden con esta taxonomía temática y no intentamos convertir los datos cualitativos en cuantitativos. Ofrecemos esta categorización provisional como medio para alentar la apreciación y el estudio de estas circunstancias prevalentes e importantes.

A continuación presentamos las cinco áreas problemáticas más frecuentes, empleando casos para demostrar ciertas facetas específicas.

Realizar procedimientos: educación y atención del paciente

Caso 1: Me llamaron para ayudar a una interna, inundada de trabajo. Me pidió que viera a un paciente y colocara una vía endovenosa. Después de dos intentos infructuosos, el enfermo irritado me dijo: "¿sabe lo que está haciendo?". Me pregunté si debía volver a probar.

Caso 2: Una paciente de 48 años ingresó por carcinoma de mama metastásico. Recibía radioterapia craneana paliativa y se consideró que no debían efectuarse maniobras de reanimación. Me solicitaron que tomara muestras de sangre. Cuando fui a verla, se habían inmovilizado los cuatro miembros por la agitación delirante secundaria a las metástasis cerebrales. No pude encontrar ninguna vena antebraquial y el interno me aconsejó que punzara la femoral, pero yo nunca lo había hecho. La paciente, bastante lúcida, se negó, pero como yo quería intentarlo, no le presté atención. Le dije que había que hacerlo y lo hice.

Muchas de las disyuntivas con que se enfrentan los estudiantes involucran la interacción de tres metas a menudo conflictivas: aprender medicina, trabajar como parte del equipo y preocuparse por el paciente. El caso 1 demuestra que decisiones al parecer simples, como reintentar o no un procedimiento, podrían implicar dilemas éticos complejos. El alumno que

presentó este caso tiene una regla: prueba tres veces y luego llama al interno. Algunos estudiantes optan por "tratar una y otra vez" o contrastan sus posibilidades de éxito con las molestias que causarán al paciente. Otros admiten con reticencia que sus decisiones se basan en la posible reacción de los residentes ante sus "fracasos", incluyendo la influencia que podrían tener en las evaluaciones.

Aunque este tema en particular podría pasar a segundo plano cuando los estudiantes aprenden a colocar vías endovenosas, los procesos mentales que emplean para resolverlo se aplican a muchas otras situaciones de la profesión médica. Como ejemplo cabe citar la negativa del paciente a recibir tratamiento y el argumento utilitario que sostiene que los alumnos deben aprender sometiendo a unos pocos pacientes a los esfuerzos del novato para que en el futuro éste pueda ayudar a muchas personas. El caso 2, la paciente que objetó la realización de un procedimiento común pero riesgoso, puede usarse para explorar el deseo de ser útil a los demás, la necesidad de aprender a través de la práctica y el requerimiento y las limitaciones del consentimiento informado.

Los casos tienen una ventaja adicional. Como provienen de la experiencia diaria, permiten que la discusión traspase el terreno teórico de la bioética y analice las fuerzas sociales que configuran la conducta y guían, para bien o para mal, la formación ética de los estudiantes de medicina. La comprensión de este potencial y el aprendizaje de su aplicación efectiva podrían ser los desafíos evolutivos más significativos.

Ser "integrante de un equipo": ética grupal e individual

Caso 3: Después del pase de sala (en el que vimos 20 pacientes en media hora), el residente me pidió que actualizara cinco historias. Me sentí mal porque yo no había examinado a esos enfermos y no sabía si alguien lo había hecho. Empero, en ese momento cumplí con lo solicitado.

Caso 4: El interno me pidió que obtuviera el consentimiento informado para un procedimiento. Yo sabía de qué se trataba, pero consideraba que era él quien debía solicitarlo. No obstante, como él pensaba que me estaba haciendo un favor al encargarme una tarea importante, accedí.

Uno de los enigmas cruciales de la conducta indebida es que muchas veces las personas saben cómo deben proceder, pero hacen lo contrario. No es claro si el aprendizaje de los principios éticos o los estándares legales puede modificar esta tendencia. En realidad, lo que debe analizarse es la atracción - y en ocasiones la coerción - que implica ser "integrante de un

equipo". La integración es una meta fundamental y a menudo admirable de todo estudiante de medicina; alcanzarla puede convertirse en un hecho crucial. Durante las sesiones de ética de sala, algunos alumnos señalaron - y otros reconocieron - que ese pensamiento, en especial al comienzo de la capacitación clínica, los llevó a realizar acciones cuestionables.

Esta identificación sugiere que la enseñanza de la ética médica al pie de la cama del enfermo podría tener limitaciones - la situación en sí, con todo el equipo reunido, podría ser intimidatoria e impedir la discusión franca de temas relevantes. La ética de sala, en cambio, ofrece un entorno "seguro", sin la presencia de los superiores. En estas reuniones se advierte que los estudiantes critican sus propias decisiones y motivaciones. Cuando detectan las conductas indebidas, no tiene mayor sentido ofrecer nuevos preceptos éticos. En estas circunstancias es preferible debatir el papel incierto que desempeñan los estudiantes en el equipo médico y la forma en la que se puede llegar a la reconciliación con los principios éticos.

El tenor de las discusiones fue análogo al del análisis técnico de los errores quirúrgicos; los alumnos evaluaron las decisiones correctas e incorrectas con la única finalidad de entender por qué se adoptaron. Aunque es difícil lograrla, esta visión "sin censura" permite que los estudiantes aprecien por qué ellos y los profesionales actúan de la manera en que lo hacen. Al poner de manifiesto las preocupaciones y dudas que los participantes comparten pero no expresan, las sesiones ayudan a disipar la sensación de aislamiento y ansiedad que experimentan muchos alumnos. Creemos que esta comprensión, libre de recriminaciones propias y ajenas, es esencial para controlar las tentaciones éticas presentes y futuras.

Desafiar la rutina médica: efectos de la ignorancia relativa

Caso 5: El residente por fin consiguió que una paciente de 75 años fuera transferida a una clínica particular. El día del alta, la enfermera nos informó que la noche anterior la paciente había presentado diarrea y se había solicitado la pesquisa de *C. difficile*. Cuando actualicé la historia clínica, consignando el evento y el estudio de laboratorio indicado, el residente me dijo que agregara que el cuadro estaba cediendo. Me sorprendí, porque ninguno de los dos había preguntado a la enferma si la diarrea continuaba.

Caso 6: Entrevisté y examiné al paciente que ingresó por tos intratable y llegué a conocerlo muy bien. Cuando la biopsia de una lesión pulmonar reveló un carcinoma indiferenciado, me sentí muy turbado, pero quería estar presente cuando se lo dijeran. Cuando

pregunté al residente quién informaría al paciente, me respondió que nadie del equipo debía abrir la boca. Los encargados serían los oncólogos porque sabían más acerca de la enfermedad y tenían más experiencia para comunicar las malas noticias. Durante los dos días siguientes el paciente me preguntó varias veces si conocía los resultados y yo, con mucho recelo, le contesté que no. Cuando lo supo, se enfadó conmigo por haberle ocultado la verdad - y no puede culparlo.

En la sala de internación, la llave del reino es el conocimiento adquirido a través del estudio o la experiencia, que a medida que se acrecienta nos eleva en la escala jerárquica. Este nexo por el cual el mayor conocimiento otorga más poder de decisión, impide que el estudiante, más ignorante, desafíe una determinación, aun cuando tiene implicaciones éticas y médicas. La alumna que relató el caso 5 interrogó al residente acerca del fundamento del alta sin investigar la diarrea y él respondió que lo mejor para la paciente era salir del hospital antes de contraer una infección grave. Aquí, el conocimiento médico - que las infecciones nosocomiales son muy riesgosas para los ancianos - aclaró el dilema ético y la estudiante admitió, con ambivalencia obvia, que quizás en esa circunstancia fuera preferible "camuflar" la historia clínica. En el caso 6, del paciente que quería saber la "verdad", se adujo falta de conocimientos y experiencia para disuadir al alumno y el residente y encargar la tarea a los "expertos".

En la medida en que el conocimiento médico (y la experiencia en el "funcionamiento" del sistema de salud) contribuye a la definición de lo probable y lo posible, debe influir en las decisiones éticas; no obstante, cuando se emplea de manera excesiva, puede frustrar la formación ética de los estudiantes. Aun si la decisión final decretada por el "conocimiento superior" es la "correcta", la pasividad con la que el alumno debe aceptarla constituye una derrota, ya que la capitulación automática ante quienes saben más, se convierte en un hábito inveterado. Aunque es indudable que la "bala perdida" que adopta decisiones con total autonomía es peligrosa, perpetuar la reverencia sumisa al conocimiento y el poder que otorga, también es riesgoso. Los estudiantes deben disponer de una tribuna para debatir las limitaciones que impone su ignorancia a las decisiones éticas - y dónde, cuándo y cómo deben desafiar a quienes poseen mayores conocimientos y autoridad.

Conocer al paciente como persona: conocimiento médico vs. social

Caso 7: Una paciente adquirió fama de quejosa. Aunque no estaba a mi cargo, la veía todas las mañanas y siempre describía dolor en una localización distinta. Una noche de guardia, el interno me pidió que tomara muestras para un hemocultivo y que sólo

lo llamara si tenía dificultades para encontrar la vena, pero no por otro motivo. Obtuve el material sin inconvenientes y me quedé conversando durante 20 minutos. Cuando me disponía a salir, la enferma dijo, "me duelen mucho las piernas ¿podría hacer algo al respecto?". Abandoné la habitación con lentitud, pensando si debía comunicarme con el interno o mandar el cultivo al laboratorio e irme a casa.

Caso 8: La paciente, de 72 años, se reinternó por exacerbación de su enfermedad pulmonar obstructiva crónica debida a incumplimiento de la medicación. Durante la semana siguiente me confió que no tenía residencia fija, pero estaba "buscando un buen lugar". Me hizo prometer que no se lo contaría a nadie, porque no quería la intervención de la asistente social ni del psiquiatra. Respondió muy bien al tratamiento y poco antes del alta, el médico que la atendía le preguntó a dónde iría. Ella contestó que tenía un departamento. Aunque yo sentía que no podía traicionar su confianza, presumía que quizás no tuviera ningún lugar para alojarse. El interno consideró que la enferma era competente, había afirmado que disponía de una vivienda y la quería "fuera del servicio".

Los estudiantes, que cuentan con más tiempo que los médicos, suelen estar más familiarizados con los sentimientos de los pacientes. Cuando este conocimiento "psicosocial" nos lleva a cuestionar la evaluación o la atención médica, deben mediar entre "pertenecer al equipo" y "desafiar la rutina médica". Sin embargo, cuando los deseos o la confiabilidad del paciente son dudosos, los alumnos a menudo piensan que ellos son los miembros del equipo más informados. Como sus juicios se basan en los valores y experiencias de vida que llevan a la sala, se sienten calificados. Aun cuando se equivocan, algunos consideran que cuando su apreciación personal de un paciente los incita a oponerse a sus superiores, callar es otorgar y perder no sólo los preceptos éticos preexistentes sino también parte de sí mismos. La esencia de muchos problemas éticos de los estudiantes es la autoridad. Por carecer de ella - y no animarse a desafiarla - los alumnos no pueden actuar de acuerdo con sus conocimientos del paciente y no se atreven a cuestionar a sus superiores. Nuestras sesiones de ética de sala revelaron que algunos estudiantes adoptan la estrategia del "mañana" y esperan hasta adquirir el poder necesario para indicar tratamientos y podrían, por ejemplo, prescribir un analgésico o solicitar una consulta con el servicio social por sí solos. No obstante, otros alumnos señalan que esta postura - cuándo y cómo objetar las decisiones de otros - se repite en todos los escalones de la jerarquía médica, merced a lo que algunos denominan la "política" de la medicina hospitalaria. La ubicación de los estudiantes en la base de la pirámide es sólo un preludio de su posición en un

peldaño intermedio durante la residencia. Como los conflictos vinculados con los temas médicos y éticos constituyen un aspecto inevitable de la medicina en equipo, es crucial aprender a afrontar y resolver las discrepancias en todas las etapas de la capacitación.

Ser testigo: abandonar el barco o mantener el rumbo

Caso 9: Durante un examen ginecológico de rutina, el interno encontró una lesión pigmentada vulvar; aunque pensó en un condiloma, quiso descartar la posibilidad de melanoma. La paciente colaboró hasta que la residente le informó que debía someterse a una biopsia; en ese momento, presa de gran agitación afirmó, "no quiero agujas allí". Mientras la residente describía la importancia del estudio, la paciente lloraba.

"Dije que no quería. ¿Lo van a hacer igual?" imploraba. Luego, mientras yo le sostenía la mano y trataba de consolarla, la residente tomó la muestra de biopsia a pesar de los reclamos de la paciente. Al finalizar, la residente muy perturbada, se retiró.

Algunos autores consideran que las relaciones interpersonales no forman parte de la educación ética y otros afirman que por su influencia en las decisiones, deben tenerse en cuenta. Las experiencias de los estudiantes avalan esta última opinión. Empero, las relaciones más problemáticas no son las que se establecen con los pacientes sino con los profesionales. La medicina reúne a individuos muy dispares - médicos de planta, enfermeras, concurrentes y alumnos - con distintos orígenes, papeles y principios éticos. Los estudiantes con frecuencia citan instancias en las que fueron testigo o colaboraron en acciones indebidas, pero que por diversos motivos no pudieron controlar. Esta sensación de ser cómplices impotentes a menudo genera emociones muy significativas.

El estudiante del caso 9 sintió ira y resentimiento al verse obligado a ser rudo con la paciente, además de culpa por su participación. ¿Estos aspectos emocionales de la práctica médica deben contemplarse en un curso de ética? Pensamos que sí. En este y otros casos, el papel sustentador y catártico del grupo contribuyó a restablecer la perspectiva, recuperar los ideales y formular estrategias pragmáticas para encarar dilemas éticos futuros. Estas sesiones podrían permitir intervenciones limitadas pero oportunas, destinadas a preservar el "sentido moral cabal" de los estudiantes frente a los efectos a veces deletéreos de la capacitación médica. El abordaje de las facetas emocional y cognoscitiva de la conducta ética e impropia, es útil para satisfacer las necesidades a largo plazo de aquellos que padecen los sufrimientos del desarrollo ético.

Discusión: promoción del desarrollo ético

Los estudiantes se enfrentan con un conjunto de dilemas éticos que posee muchas implicaciones potenciales. Es preciso evaluar en detalle sus aspectos cualitativos y cuantitativos, pero es obvio que la enseñanza de la ética médica debe reubicarse en el marco conceptual adecuado.

A medida que los alumnos avanzan en el arduo proceso que los convertirá en médicos, atraviesan varios estadios evolutivos intelectuales y emocionales. Las tareas y experiencias de los estudiantes difieren de las de los residentes, distintas por su parte de las de los médicos de planta. Así como el juicio acerca de los temas técnicos evoluciona con el tiempo, el ético también. Por lo tanto, la educación ética debe adaptarse a las diversas etapas y continuar durante toda la capacitación. En el caso de los estudiantes de medicina, los programas deben centrarse en la actividad que deben encarar: cómo expresar con tacto su desacuerdo con quienes representan a la autoridad por rango o conocimientos, cómo participar en la atención médica en equipo, cómo equilibrar las demandas educativas con los derechos del paciente y cómo mantener la identidad ética en el mundo complejo, exigente y a menudo ambiguo de la medicina.

Consideramos que la ética planteada como conceptos o principios morales no basta; los problemas personales, surgidos de la vida diaria de los estudiantes y la situación social de la sala, capturan en forma más acabada sus conciencias. Cuando se adoptan decisiones y se aceptan las consecuencias, la ética deja de ser una disciplina teórica y se transforma en un código de conducta profesional. El enfoque participativo que proponemos no sólo difiere del paradigma tradicional en su contenido, sino también en su configuración y perspectiva, ya que se orienta hacia las decisiones que deben tomar los estudiantes y sirve de modelo para las que deberán asumir como individuos e integrantes del equipo de salud. El procesamiento requerido para resolver las disyuntivas iniciales los acompañará durante el internado, la residencia y la vida profesional, del mismo modo que las interacciones sociales con los pacientes, colegas y superiores. Es preciso aprender a enfrentar los dilemas éticos, pero también adquirir la habilidad y los preceptos necesarios para ejercer una medicina correcta, sensible y apropiada.