

International Encyclopedia of Rehabilitation

Copyright © 2010 by the Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE).

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced or distributed in any form or by any means, or stored in a database or retrieval system without the prior written permission of the publisher, except as permitted under the United States Copyright Act of 1976.

Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE)

515 Kimball Tower

University at Buffalo, The State University of New York

Buffalo, NY 14214

E-mail: ub-cirrie@buffalo.edu

Web: <http://cirrie.buffalo.edu>

This publication of the Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange is supported by funds received from the National Institute on Disability and Rehabilitation Research of the U.S. Department of Education under grant number H133A050008. The opinions contained in this publication are those of the authors and do not necessarily reflect those of CIRRIE or the Department of Education.

Ética en rehabilitación

Abraham Rudnick, BMedSc, MD, MPsyh, PhD, CPRP, FRCPC

Profesor agregado

Departamento de psiquiatría et de filosofía

University of Western Ontario

Introducción

Rehabilitación consiste, (para mi) definición, en la prestación de atención de salud a personas con discapacidades permanentes o temporales para ayudarles a aprender como superar sus discapacidades, « discapacidad » significando aquí una reducción de la capacidad de cumplir con actividades personales significativas e/o importantes a nivel social a causa de uno o varios problemas de salud (Organización mundial de la Salud 2001). Por eso, la rehabilitación se enfrenta a problemas éticos, que son percibidos con frecuencia en el ámbito de la salud como una tensión entre dos opciones o más de intervenciones de salud moralmente defendibles, incluyendo la non-intervención (Hébert 1996). La base principal de un problema ético – que se llama un problema bioético en el contexto de la salud – es percibido con frecuencia como un conflicto de valores defendibles o de principios morales relacionado a las intervenciones de salud posibles en relación con una situación clínica particular (Beauchamp et Childress 2001).

Un ejemplo típico de problema bioético, que es del dominio de la justicia en algunas jurisdicciones, es la tensión que existe entre el aborto y el seguimiento de un embarazo en presencia de un feto malformado y que ha sido últimamente el objeto de un debate relacionado a la ética en la prevención de la discapacidad congénita (Edwards 2005). Se han pensado y aplicado varias maneras para arreglar o resolver tales problemas bioéticos, de que los mejores establecidos son la consecuencia y el utilitarismo, que toman en cuenta consecuencias, la deontología, que toman en cuenta los deberes, y la ética de la virtud, que toma en cuenta las consecuencias (Beauchamp y Childress 2001). Se debe notar que la ética es considerada con frecuencia como también relacionada a infracciones a las leyes y a las regulaciones, como la violación de la confidencialidad, al igual que la trasgresión de los límites sexuales et de los límites profesionales por dispensadores de prestaciones de salud, que son a carga de instituciones como los comités de disciplina profesional. Esas violaciones no serán el objeto del presente artículo, ya que son bien definidas en los códigos de deontología disponibles (Certificación de consejeros de la Comisión sobre Rehabilitación 2001).

Objetivo y metodología

El objetivo de este artículo es de revisar los problemas éticos en rehabilitación y sus soluciones racionales a través de un contexto bioético normalizado, de ejemplos provenientes de la documentación, tanto como de casos ficticios, como reales. Aunque este artículo no constituya un examen completo de esos problemas y de sus soluciones, otros estudios se encuentran en la documentación reciente (Reid and McReynolds 2007), la intención de este artículo es de examinar les principales problemas bioéticos en rehabilitación y sus soluciones racionales de una manera precisa para ayudar les lectores a entender las principales cuestiones de la bioética de la rehabilitación.

El concepto estándar de la bioética que será aplicado aquí es el principismo, que viene con sus propios objetivos (Rudnick 2001), pero que es útil, probablemente más todavía cuando es asociado a una cantidad mayor de debates. Se necesitan procesos institucionales y interpersonales para apoyar el pleno poder de participación de – y la generación de soluciones por – todos los clínicos implicados (Rudnick 2002a; Rudnick 2007a). Sin duda, al principismo mete más el acento en el nivel individual y clínico que en los niveles organizacionales y sociales de la bioética, como es el tema de los recientes textos sobre este sujeto (Purtilo, Jensen and Brasic Royeen 2005). Pero como ilustración, un discurso principista debería ser suficiente.

Según el principismo, hay tres o cuatro principios morales fundamentales controlando la acción moral que pueden entrar en conflicto entre ellos (o dentro de un mismo principio), causando así un problema ético. Estos principios son: 1. El respeto de la autonomía (autonomización), 2. La beneficencia (hacer el bien), 3. La no maleficencia (hacer poco o ningún mal, que puede ser combinada a la beneficencia como forma de equilibrio entre el más grande bien y el mínimo mal), 4. la justicia (la imparcialidad, particularmente hacia las otras personas implicadas o afectadas, por la afectación de los recursos por ejemplo). Además, el principismo toma en cuenta el contexto o circunstancias, como la cultura. Los problemas bioéticos en rehabilitación serán analizados en relación con los conflictos dentro de estos principios, y a la margen de éstos, en el contexto de situaciones de rehabilitación. Se debe notar que algunos problemas bioéticos emergiendo de algunas condiciones de tratamiento pueden aparecer como fuera de tema o sin relación con la rehabilitación, como los que tocan las situaciones de fase terminal, ya que esta disciplina supone que la esperanza de vida del cliente no es extremadamente reducida (y si tal es el caso, se ofrece habitualmente atención paliativa, más que servicios de rehabilitación).

Los problemas bioéticos en rehabilitación y sus soluciones racionales

Algunos problemas bioéticos en rehabilitación tratan del conflicto entre la beneficencia y la no maleficencia. Por ejemplo, es posible que el uso de una prótesis de miembro inferior sea ventajoso para un paciente con una amputación de la pierna, porque le facilita la marcha autónoma. Sin embargo, esta puede causarle dolor y otras complicaciones en la región del segmento amputado, mientras el uso de una silla de ruedas tendría la ventaja de evitarle este dolor y esas complicaciones, pero le impediría la marcha autónoma. La solución a este problema es normalmente determinada usando el principio del respeto de la autonomía. Según este principio, el paciente decide si va a utilizar una prótesis o una silla de ruedas. Pero esta solución no es totalmente defendible si el paciente no es mentalmente capacitado para tomar tales decisiones, como en el caso de pacientes con traumatismo craniocerebral. En este caso, el mandatario del paciente toma la decisión en el interés de éste, aunque sea muy difícil de actuar tales intervenciones de rehabilitación sin el consentimiento del paciente. En tales casos, la solución podría ser de verificar si el paciente, cuando es capaz, prefiere ser autónomo o evitar el dolor y otros problemas de salud, o el contrario, si esta información es accesible (ejemplo: en una directiva anterior describiendo el deseo de una persona sobre su salud). Sino, la solución podría ser de tomar en cuenta lo preferido por la mayoría de personas presentando tal incapacidad, particularmente las presentando situaciones similares en el plan de importantes factores contextuales, como la edad, el sexo, y varios otros.

Otros problemas bioéticos son relacionados al conflicto entre el respeto de la autonomía y la justicia. Por ejemplo, es posible que un paciente de edad mayor, después de un accidente

cerebrovascular, desea quedarse en la unidad de rehabilitación por un período más largo de lo juzgado como clínicamente necesario por la incertidumbre ligada a la adaptación a su nueva vida con una discapacidad fuera del hospital. Pero es posible que la cantidad de camas de la unidad de rehabilitación constituya un recurso limitado y necesario para los otros pacientes. La solución para este problema es habitualmente determinada con la política del hospital o toda política pertinente que precise lo aceptable y lo no aceptable para los pacientes y los equipos clínicos implicados en tales situaciones, invitando todos los interesados en discutir entre ellos para llegar a un compromiso que sea aceptable en el plan ético (Rudnick 2007a) y que permita formular o modificar las políticas implicadas.

Existen también problemas bioéticos relacionados con el conflicto entre la beneficencia y la justicia. Por ejemplo, es posible que el paciente con un accidente cerebrovascular, de que hablamos antes, se sienta mejor emocionalmente si le mandan a su casa a cargo de su familia, pero es posible que el peso de tal cargo sea considerable para la familia, aunque servicios de sostén a domicilio sean ofrecidos. La solución para este problema es habitualmente determinada según las prioridades de la familia, lo que nos vuelve al principio del respeto de la autonomía, aunque se trate aquí de la autonomía de la familia. En los casos donde la familia no está dispuesta para ofrecer atención al domicilio del paciente, es posible que encuentre una solución de ubicación o, al menos, que acepte las proposiciones de ubicación cuando son organizadas (ofreciendo algunas posibilidades al paciente y a su familia entre una selección de ubicaciones disponibles donde le van a ofrecer una atención adecuada).

Otros problemas bioéticos tienen como objeto el conflicto entre el respeto de la autonomía y la beneficencia o la no maleficencia. Por ejemplo, es posible que un paciente con esquizofrenia desea vivir de manera autónoma, pero que no disponga de las aptitudes necesarias para realizar la vida cotidiana de manera segura y que el o ella no sea suficientemente conciente de los riesgos que implica. Esta situación subleva la cuestión del impedimento en rehabilitación psiquiátrica, o sea, en el caso presente, el impedimento relativo a la rehabilitación en residencia. Mientras que el impedimento en el dominio de la rehabilitación psiquiátrica es de vez en cuando posible y aceptable, como cuando, sin tratamiento apropiado, el paciente es un peligro para sí mismo y para los otros por alucinaciones auditivas irresistibles y reiterativas ordenándole de herirse o de suicidarse, o de herir y de matar a alguien, puede ser también imposible o menos aceptable. Así es porque la rehabilitación necesita la cooperación del paciente, y porque exige también que se meta el acento sobre la realización de objetivos de vida del paciente, como sus objetivos de domicilio. Entonces el impedimento modificando esos objetivos es considerado como siendo particularmente perturbadora, más todavía que el tratamiento obligatorio que vise la modificación (el mejoramiento) de los síntomas (Rudnick 2007b). La solución de este problema requiere de vez en cuando un impedimento temporal para evitar un grave peligro, como la hospitalización forzada (o la ubicación involuntaria) (Rudnick 2002b), buscando objetivos más realistas con el paciente, como el sostén a domicilio mencionado en el caso precedente, y esperando, si es posible, la realización de los objetivos iniciales del paciente a largo plazo.

Finalmente, algunos problemas bioéticos en rehabilitación son ligados al conflicto adentro de las consideraciones ligadas a la justicia. Por ejemplo, decidir la manera de afectar los recursos para la rehabilitación, en relación con los objetivos de atención de salud, sea el tratamiento y la prevención (primaria), y de la manera de afectar los recursos en varios dominios de la

rehabilitación, sea la rehabilitación después de una amputación, de un accidente cerebrovascular, de un paro cardíaco, de una lesión medular o relacionado con la ceguera adquirida, etc., exige un proceso racional. Existe más de una manera razonable de determinar lo que es justo, por ejemplo basándose en la gravedad del problema de salud (o sea que más una población tiene graves problemas de salud, más merece recursos) en comparación con las chances de éxito (en el plan de atención de salud) – que pueden ellas mismas ser el objeto de una disparidad en los criterios (o sea que más grandes son las chances de tener tal éxito, más la población señalada merece los recursos). Hay diferentes valores que sostienen esas diversas maneras de determinar lo que es justo, por ejemplo, la necesidad depende de la gravedad del problema de salud, evocando entonces una teoría de la justicia ligada al bienestar, mientras que el resultado depende del éxito, evocando una teoría utilitarista de la justicia (admitiendo que esas aproximaciones no son mutuamente exclusivas o exhaustivas). La solución a este problema y a los otros problemas ligados a la afectación de recursos relativos a la rehabilitación puede necesitar la formulación de políticas que sea fuertemente influenciada por el debate público oficial, instituyendo así la ética en el debate político en un sentido amplio (Rudnick 2002a).

Conclusión

La ética en rehabilitación trata de una variedad de cuestiones que pueden ser formuladas como problemas bioéticos de conflictos de valores en materia de respeto de la autonomía, de beneficencia, de non maleficencia y de justicia. El diálogo y las políticas nutridos por el debate público son necesarios en la determinación de soluciones razonadas que sean aceptables para todos los implicados y todas las personas relacionadas.

Bibliografía

- Beauchamp TL, Childress JF. 2001. Principles of Biomedical Ethics, 5th ed. New York: Oxford University Press.
- Comisión on Rehabilitation Counselor Certification. 2001. Code of Professional Ethics for Rehabilitation Counselors. Schaumburg (IL): Author.
- Edwards SD. Disability: Definitions, Value and Identity. 2005. Oxford: Radcliffe.
- Hebert P. 1996. Doing Right: A Practical Guide to Ethics for Medical Trainees and Physicians. Toronto: Oxford University Press.
- Reid CA, McReynolds CJ. 2007. Rehabilitation counseling ethics. Journal of Applied Rehabilitation Counseling 38(4):19-26.
- Rudnick A. 2001. A meta-ethical critique of care ethics. Theoretical Medicine and Bioethics 22(6):505-517.
- Rudnick A. 2002a. The ground of dialogical bioethics. Health Care Analysis 10(4):391-402.
- Rudnick A. 2002b. The goals of psychiatric rehabilitation: an ethical analysis. Psychiatric Rehabilitation Journal 25(3):310-313.

- Rudnick A. 2007a. Processes and pitfalls of dialogical bioethics. *Health Care Analysis* 15(2):123-135.
- Rudnick A. 2007b. Coercion and psychiatric rehabilitation: a conceptual and ethical analysis. *BioMed Central (BMC) Psychiatry* 7(Suppl 1):S22.
- Purtilo RB, Jensen GM, Brasic Royeen C. 2005. *Educating for Moral Action*. Philadelphia (PA): F.A. Davis.
- World Health Organization. 2001. *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: Author.