

?La ética de las pequeñas cosas?(*) Para un aprendizaje realista de la ética de la práctica diaria



]Resumen: Los autores insisten en la necesidad de que la formación ética de los residentes no descansa en el estudio y discusión de los dilemas éticos sino en lo que ellos llaman ?la ética de la práctica diaria?, de las pequeñas decisiones en contextos y situaciones concretos, que denominan ?microética?, una especie de ?ética de la virtud?. Resaltan también el importante papel en esta formación del tutor clínico.

José Ramón Loayssa Lara. Roger Ruiz Moral. Doctutor

(*) El dios de las pequeñas cosas (The God of Small Things, 1997) es una novela de [Arundhati Roy](#) (Anagrama 2006) en ella se narra la historia de tres generaciones de una familia de la región de Kerala, en el sur de la India, que se desperdiga por el mundo y se reencuentra en su tierra natal. Es una historia hecha de muchas pequeñas historias y en la que los personajes son definidos por sus actos cotidianos, en muchos casos aparentemente banales, pero que sin embargo son los que marcan el curso de sus vidas. El programa de la especialidad de medicina de familia aprobado ya hace unos años significó un importante paso para el afianzamiento y la rigurosidad de la formación en esta especialidad. Entre sus aportaciones más importantes se encuentra el resaltar una serie de dimensiones, que se han denominado transversales, entre las que se destacamos la bioética y que, hasta la fecha de su aprobación no habían recibido la atención que se merecía. Después de algunos años de experiencia se hace necesario aún homogenizar y/o definir que estrategias son más eficaces y habría que priorizar para aplicar esta área del nuevo programa y discutir como abordar esta cuestión dentro de tutoría de los residentes.

Hace ahora unos diez años destacábamos(1,2) que no creíamos suficiente para dar una respuesta a ese desafío, multiplicar los cursos de ética por muy novedosa y activa (literatura, cine, etc.) que sea la metodología que se empleé. Tampoco pensábamos, aunque no sean actividades a desdenar, que debamos centrarnos en la discusión de casos que plantean una compleja deliberación moral en torno a la aplicación de los principios éticos. Tanto entonces como ahora, creemos que para decidir cómo orientar la formación en el área de actitudes, valores y comportamiento ético y profesional de los residentes es necesario reflexionar sobre como las actitudes y los valores son interiorizados, cuales son las bases para garantizar que los aprendices adquieran un comportamiento profesional adecuado, que obstáculos encuentran los residentes para conseguir llevarlo a la práctica y que factores contribuyen a que estos puedan caer en conductas no deseables. En este artículo insistimos sobre esta perspectiva actualizándola.

Importancia de los modelos y del currículo oculto

En primer lugar debemos tener en cuenta que se está produciendo una transmisión de valores y actitudes diarias en las experiencias que el residente está viviendo. El problema es que no sabemos cuales se están transmitiendo o mejor cuales está asumiendo el residente.

Gran parte de la actitud profesional viene determinada por el currículo oculto de las instituciones que es transmitido por los docentes, compañeros y cultura de la institución (3). Dentro de este currículo ?oculto? juegan un papel esencial los ejemplos de figuras significativas especialmente las de los docentes. Estos, sin embargo, pueden actuar en muchas ocasiones como modelos negativos (4). Muchas situaciones cotidianas están condicionando las actitudes y los valores de los residentes.

En algunas de esas situaciones la exhibición de conductas inadecuadas por parte de personas con mayor responsabilidad que los residentes constituye una influencia nociva considerable sobre estos, aunque aquí también se pone de manifiesto la presión grupal y el papel que puede jugar la necesidad de mantenerse dentro del grupo y reforzar el sentido de pertenencia a éste. No hay que olvidar que el comportamiento profesional es altamente dependiente del contexto y de los refuerzos que este da a unas u otras conductas, Parece que esta fuera de toda duda que en los servicios sanitarios se observan comportamientos impropios de profesionales a menudo con experiencia y considerable nivel en el escalafón profesional (5). De hecho, no parece que mantener una conducta ética y profesional sea un criterio que se tenga en cuenta para la promoción profesional (6) .

Los tutores no pueden pretender ser neutrales, con su comportamiento están transmitiendo valores. Unos valores que es necesario sean capaces de identificar reflexionando sobre que mensajes están transmitiendo con su conducta. También creemos que es conveniente que en el curso de su actividad profesional los tutores sean capaces de declarar los valores que profesan y confrontarlos con aquellos que su práctica transmite. Finalmente, el tutor debe estar atento sobre el tipo de mensajes que están transmitiendo otras figuras profesionales con las que el residente tiene contacto

El peso de la orientación biomédica y de la perspectiva científica

Pero por importante que sea el papel de los modelos con los que el residente tiene contacto, existe una influencia todavía más intangible que es la cultura e ideología dominante en medicina. El conocimiento biomédico ¿desprecia? la subjetividad y se concentra en lo objetivo, lo reproducible y lo generalizable. Porque el currículo médico proporciona muy pocos instrumentos para ser un buen cuidador y cuando lo hace estos son casi exclusivamente los relacionados con el sujeto como ser biológico, algo que a todas luces conlleva una gran limitación. El ser biológico no solamente no existe en una burbuja, sino que se sitúa en la matriz social y es influido por dimensiones subjetivas, contexto-específicas y culturales. Como se preguntan Wear y Castellani ¿Por qué entonces el currículo médico ignora las capacidades de análisis psicosocial, cultural, económico y político? ¿Por qué el currículo médico no proporciona un contenido que suponga un conocimiento base para el desarrollo de una atención médica compasiva, comunicativa y socialmente responsable? (7) .

Prejuicios y estereotipos.

Directamente relacionado con las actitudes se encuentra el papel de los prejuicios y los estereotipos. Estos condicionan la actitud ante pacientes con características diversas a las del médico dificultando la empatía con ellos e incluso limitando la atención que se les presta. Se ha demostrado que los prejuicios creados por los estereotipos pueden influenciar negativamente los programas de atención a los ancianos (8).

En las ¿narrativas? de los médicos sobre su práctica y el contacto con el paciente, los médicos aparecen como omnipotentes, impersonales y neutrales, mientras los pacientes frecuentemente se muestran como incapaces e ignorantes (9).

Emociones y reacciones defensivas.

Con este epígrafe nos referimos a aquellas reacciones que tienen que ver con las emociones y que condicionan el comportamiento. Unas reacciones emocionales que a menudo están relacionadas con las experiencias vitales del protagonista y las características de su personalidad. Un ejemplo los constituyen la actitud ante los pacientes moribundos y que esta influida por la ansiedad que genera la muerte (10). La tolerancia a la incertidumbre es otro aspecto que también influye, como asimismo lo hace el estilo de apego (11). Por otro lado las reacciones emocionales a menudo están ligadas a las consecuencias concretas que tiene en la práctica el mantener un comportamiento profesionalmente integro. Un ejemplo es el caso de **David Merenstein**, un residente de tercer año de un programa de residencia americano que fue condenado por practicar la decisión clínica compartida con un paciente a propósito de la solicitud del PSA. Este residente escribió una carta a JAMA que terminaba con las frase incluidas en el cuadro 1 (12).

Cuadro 1. Carta del residente tras su condena judicial(12)

Como lo veo, la única manera de practicar la medicina es seguir la mejor evidencia disponible y aplicarla a mis pacientes.
Como lo veo, la única manera de tomar en consideración a los pacientes es usando el modelo compartido de toma de decisiones.
Como lo veo, la única manera de estar en la consulta es mirar a la persona del paciente en su totalidad, no como un demandante potencial.
Como lo veo, no estoy seguro que desee practicar la medicina otra vez.

Esta situación pone de manifiesto que en muchas ocasiones lo más **difícil** no es decidir cual es la decisión moralmente correcta, sino afrontar las consecuencias de llevarla a la práctica. Esto hace que la deliberación moral en muchas ocasiones no constituya el elemento central que garantice el comportamiento profesional. Los grandes principios se pueden tropezar con prejuicios, reacciones

emocionales y obstáculos concretos a la hora de ser llevados a la práctica.

Los sentimientos, las emociones, los estereotipos y las defensas frente a la ansiedad y la sobrecarga psicológica son elementos muy relacionados y por ejemplo ver a los pacientes de forma negativa justifica limitar el compromiso profesional y poder expresar la frustración y el cansancio psicológico.

La formación en actitudes y valores algunas propuestas

Estas consideraciones nos llevan a respaldar desde el punto de vista de la formación de los residentes de medicina de familia en el área de la ética y el comportamiento profesional una estrategia que, sin olvidar esta, no se centre en la **deliberación moral** en relación a los dilemas.

Creemos que, hay que centrarse en la tutoría de los casos habituales de la consulta en los que, en muchas ocasiones, no existe un gran dilema ético y en los que identificar cual es la conducta concreta idealmente correcta no es la cuestión central, sino que precisamente la dificultad se sitúa en cómo llevar a la práctica las opciones más acordes con las recomendaciones éticas, en un contexto concreto en las que éstas chocan con otras necesidades e intereses, comenzando por los del propio profesional, o con su lealtad a sus compañeros y a la institución, lo que a veces choca con los intereses de los pacientes. En realidad, cualquier decisión en la práctica supone priorizar unos valores y unas necesidades y ¿traicionar? otras. La deliberación moral en torno a principios éticos coloca en un lugar secundario una serie de necesidades e intereses que parecen ilegítimos como son por ejemplo la necesidad del profesional de limitar su compromiso e implicación con los pacientes.

Creemos que en la **tutoría diaria** de los residentes el desarrollo de una actitud ética por parte de estos depende sobre todo de desarrollar su sensibilidad, su actitud autocrítica y de reflexión y de la adquisición de la capacidad de autoconocimiento personal y emocional del médico en formación. Estas serían las bases que permitirían al médico identificarse con una práctica clínica ¿virtuosa?. Es necesario asimismo trabajar específicamente los prejuicios y los estereotipos que dificultan entender al paciente. Alcanzar una comprensión del mismo, sus motivaciones y su comportamiento es esencial para adoptar una actitud humana y ética. En la tutoría de los residentes proponemos un modelo de discusión que ponga el acento en la **¿microética?** (1,2), esto es, en las actitudes y valores que el residente pone en juego cuando toma una decisión (sea pequeña o grande) o deja de hacerlo ¿algo que por lo habitual pasa sin ser objeto de reflexión- y en las razones que le llevan a considerar una u otra alternativa, más que en analizar si, de acuerdo a los principios éticos, esta alternativa es la más correcta de forma abstracta. De hecho, no creemos que decidirse por una u otra opción pueda hacerse al margen del contexto concreto en el que la alternativa es adoptada y del proceso de sopesar unas consecuencias frente otras. La mejor alternativa es casi siempre relativa y por tanto para ¿juzgar? la conducta de un profesional más que contrastar esta a la luz de los principios y deberes éticos, es necesario determinar ¿como? se tomó la decisión y las razones que han llevado al médico a actuar del modo que lo hizo.

En otro artículo de este número del Boletín **Doctutor**, le presentamos dos situaciones reales de la práctica y le invitamos a dar su opinión al respecto en un ejercicio breve de ¿práctica docente microética?

Bibliografía

- Loayssa Lara JR, Ruiz Moral [Comportamiento profesional. Desde los dilemas y principios éticos a las actitudes, los valores y la disposición «virtuosa»](#). Aten Primaria. 2006;37:510-3]
- Ruiz Moral R, Loayssa Lara JR. [Ética. El portafolio de ética en la formación del médico de familia: argumentación teórica y ejemplificación práctica](#). Aten Primaria. 2007;39:491-4]
- Haffery FW, Franks R. The hidden currículum, ethics teaching and the structure of medical education. Acad Med 1994;69:861-71.
- Bisonette R, O'Shea RM, Horwitz M, Route GF. A data generated basis for medical ethics education: categorizing issues experienced by students during clinical training. Acad Med 1995;70:1035-7.
- Satterwhite RJ, Satterwhite WM & Enrson C. (2000). An ethical Paradox: the effect of unethical conduct on medical students values. Journal of Medical Ethics, 26, 462-465.
- Carmel S & Glick SM. 1996, compassionate empathetic physician personality traits and social organizational factors that enhance or inhibit this behavioural pattern. Social Science and Medicine 1996; 43: 1253-1261).
- Wear D y Castellani B. The development of Professionalism: Currículum Matters. Acad Med 2000;75:602-611.
- Grant LD. Effects of ageing on individual and health care providers' responses to healthy ageing. Health and Social Work 1996; 21: 9-15.
- Coulehan J. Today's Professionalism: Engaging the Mind but Not the Heart. Acad Med 2005; 80:892-898.

- Engel GL. Selection of clinical material in psychosomatic medicine. Psychosom Med 1954; 16:368.
- Kvale J, Berg L, Groff JY, Lange G. Factors associated with Residents' attitudes toward dying patients. Fam Med 1999; 31 (10): 691-6).

Merenstein **Winners and Losers**. JAMA.2004;291:15-16.