

## SEGUNDA CONFERENCIA

### **Perspectiva de la bioética personalista en la interacción entre paciente y profesional.**

Elena Lugo, Ph. D.

#### Introducción

A continuación Nos proponemos identificar a la psiquiatría, la psicología clínica y las disciplinas aliadas a favor del cuidado de la salud mental, como profesiones de estrecha vinculación con la ética, más aun, como profesiones en las cuales la dimensión ética es fundacional en lo que a la relación terapéutica se refiere, en el sentido de que en ella se establece una relación de confianza intersubjetiva que ofrece un beneficio recíproco.

Desglosaremos también las diversas etapas del pensar ético correspondientes a la gestión profesional y conducentes a una bioética personalista que sustenta la relación profesional/paciente más allá de contratos y del lenguaje de derechos en su sentido legalista.

#### I. Psiquiatría

Podemos describir la psiquiatría como una articulación de varios temas o sistemas complejos de conceptos, a saber: categorías médico-clínicas, dimensiones del comportamiento, e historiales de vida personal coordinados por un conjunto de procedimientos explicativos. La psiquiatría puede explicar por medio de formas el qué y el cómo del comportamiento en cuestión, y por medio de funciones el porqué del mismo. Cada tipo de categoría y conjunto de explicación posee su red de premisas, datos y criterios particulares de progreso en lo que a la investigación se refiere Pero en su totalidad los conceptos y modos de explicación deben contribuir al diseño de un procedimiento clínico para el encuentro con cada paciente en su carácter íntegro y total de ser persona. Más aún, este diseño no se logra libre de tensiones más o menos polarizadas según el esquema siguiente:

Forma	Función
Objeto/organismo	sujeto/agente
enfermedad/cura	Persona/realización
somático/biológico	comportamiento/aprendizaje
determinismo causal	Entendimiento
terapia técnica, orgánica	Sicoterapias > cognoscitiva / intuición, persuasión

A. Según algunos estudiosos<sup>1</sup> la psiquiatría como profesión en E. U. de A. podría dividirse en dos vertientes polarizadas, a saber, la “línea dura” (tough headed) y la “línea suave” (soft headed), con pocas alternativas para que entre éstas haya lugar para un modelo ecléctico. De acuerdo con la opinión de los opositores a la “línea dura” esta se caracteriza por sostener:

- Un modelo médico/clínico de las dolencias (enfermedades mentales)
- Una etiología orgánica
- Una asignación de causa hereditaria a las dolencias
- **Una predisposición hacia terapias técnicas como sicofarmacología/sicocirugía/descargas eléctricas**
- Una inclinación hacia la eficiencia y uniformidad al servicio de intereses institucionales.

---

<sup>1</sup> Akiskal, Hagop, M.D., McKinney, W. “Psychiatry and Pseudopsychiatry” in *Archives of General Psychiatry*, Vol. 28, March 1973.

- Una orientación hacia las ciencias biológicas (bioquímica y neurofisiología en particular).
- Una postura que favorece los valores de la investigación.

El grupo de la “línea dura” parece ser de carácter homogéneo y a menudo se lo designa como “psiquiatría científico-biológica” debido a que atiende cuadros somáticos.

Los reconocidos como seguidores de la “línea suave” se caracterizan por orientarse a:

- Un modelo psicosocial de la dolencia (inadaptación).
- Una etiología funcional.
- La asignación a la dolencia de una causa ambiental.
- La predisposición hacia psicoterapias, socioterapias, y terapia familiar.
- trabajar para informar al paciente individual y lograr su consentimiento y autonomía en el marco de una relación contractual.
- un pensamiento humanista, la filosofía existencial y el método fenomenológico.
- favorecer la práctica clínica.

El grupo de la “línea suave” se nos presenta como heterogéneo pues al mismo tiempo podrían pertenecer a él los psiquiatras y los psicólogos clínicos que predominantemente practican el psicoanálisis, las terapias centradas en el paciente, y algunas formas de la terapia conductivista existencial, al igual que se suman a este grupo los seguidores de Moreno, Perle y Berme.

Pensamos que cada vertiente ha contribuido a la psiquiatría / psicoterapia y que por consiguiente una dirección ecléctica de ambas vertientes parecería recomendable. La “línea dura” ha contribuido a:

- 1) una visión liberada y humanizante, libre de prejuicios moralistas, de la dolencia mental como análoga a la dolencia física la cual es compadecida con respeto y aceptada con menos consternación por el paciente/familia/sociedad;
- 2) propiciar terapias rigurosas y prometedoras respecto de incrementar el conocimiento de las neurobiología que acompaña las funciones mentales;
- 3) implementar efectivamente terapias que restauran la esperanza/optimismo decadente ante casos de psicosis grave;
- 4) aliviar la distribución de servicios de salud mental entre pacientes institucionalizados con dolencias psicóticas severas, internados en lugares congestionados.

La contribución de la “línea suave” aporta un factor más de:

- 1) carácter liberador y humanizante al restar importancia a la enfermedad mental en cuanto tal apuntando más a la dolencia como problema de desorientación o de adaptación.
- 2) posibilidades terapéuticas innovadoras que hacen hincapié en el procedimiento y el desarrollo, a la vez que cuentan con el aporte de la comunidad.
- 3) prevención contra el autoritarismo/poder psiquiátrico y las expectativas exageradas que una sociedad “sobrepesicologizada” genera.

Una dirección no tanto ecléctica como integradora y de complementariedad tendría que tomar en cuenta:

- la importancia de una educación filosófica del psiquiatra /psicoterapeuta clínico con énfasis en la epistemología, la filosofía de las ciencias biológicas, la lingüística, y la axiología.
- reconocer que cada modelo, cada orientación hacia disciplinas académicas o cada tipo de terapia ha de verse en su función complementaria dirigida a la prestación de un servicio humano en relación con un fenómeno particular para cuyo tratamiento no quedarían invalidadas ni una terapia ni otra.
- una psiquiatría moderna debe apoyarse en una diversidad de ramas del saber que estudian algún aspecto del ser humano, por ejemplo, destacamos la importancia de la psicología social, la antropología, la sociología del comportamiento desviado, la etnología, la genética, la neuroanatomía, la neurofisiología, la psicología fisiológica, la química neurológica, la neurofarmacología, la psicología de la percepción, del aprendizaje, de la memoria, de la motivación, y una consolidación en base de su estudio consistente en disciplinas de rigor metodológico en el área humanística.
- Nos anima la certeza de que un psiquiatra de extrema línea dura al igual que uno de extrema línea suave constituyen una rareza o imposibilidad práctica en cuanto a que serían eliminados en la competencia. Es decir que la naturaleza misma de la psiquiatría en su servicio al bienestar humano tendría que admitir la inherencia de factores psicosociales –aún si sostuviera un rigor rayano con el escepticismo– en la psicopatología. El matiz anti-científico, por no decir anti-intelectual que conduce a los de la “línea suave” a sobreestimar los sentimientos, la intuición, los encuentros, las experiencias táctiles, la sensibilidad necesita ser complementado por el rigor científico de la investigación en laboratorio y/o por el conocimiento de las características físico-clínicas del paciente.

En un modo sinóptico: es preciso reafirmar que la psiquiatría necesita tanto de un modelo designado como *formal* o del procedimiento que se rige por la categoría de forma como del modelo designado como *funcional* que equivale a un procedimiento que se rige por la categoría de *función*. Será necesario coordinar ambos modelos – forma/función– bajo un principio filosófico que los incluya: persona y su reconciliación en virtud del modelo de relación médico/profesional y paciente, principio denominado “beneficencia en confianza”, que corresponde a una mentalidad orgánica como la que proponemos.

Más aún, subyacente (si se nos permite esta metáfora especial) a la concepción del paciente como objeto u organismo bajo la perspectiva médica/clínica, y la concepción del mismo como sujeto o agente operante postulamos la noción de *persona*. En este contexto entendemos por persona al individuo singular que se manifiesta en sus opiniones, decisiones, estados de ánimo, logros y fracasos y que exige que se lo reconozca en su particularidad para así comprenderlo y para que sea posible establecer un vínculo entre las concepciones de objeto o sujeto que según los casos se aplican en relación con el ser humano.

Muchos pacientes claman ante sus problemas por una perspectiva que en lugar de destacar el *qué* o el *cómo* (modelo médico-clínico) según una explicación por causa o condición antecedente, les plantee el “por qué” o el “para qué” desde el punto de vista de valores.

De modo que, aun si aparentemente la integridad del cerebro o sistema cerebro-neurológico es esencial para la continuidad de la vida mental, es también claro que el ser humano, lejos de comportarse como reflejo de una masa cerebral, se muestra capaz

de controlar y dar sentido al igual que dirección a su condición somática. Por eso, una visión clínica amplia no se contenta con identificar los estados mentales como sucesos generados por los mecanismos cerebrales, sino que insiste en interpretarlos en relación a la totalidad de la persona con sus intenciones, esperanzas, deseos e historia individual.

**B.** En la Declaración de Hawaii (1977) la finalidad de la psiquiatría queda expresada del modo que sigue: “promover la salud, la autonomía personal y el crecimiento”.<sup>2</sup> Aun cuando es muy amplia y abarcadora esta definición apunta ya a la necesidad intrínseca de la psiquiatría de preocuparse por valores –el concepto de salud, de enfermedad, de autonomía y de dignidad humana–, por lo mental en relación a lo físico, constitutivo de la naturaleza del ser persona, y por las normas de crecimiento para la realización humana.<sup>3</sup>

**C.** Lazare identifica 4 modelos de integración conceptual (los cuales resumen los ya identificados en nuestra Primera Presentación) que hacen la definición de la Declaración un poco más específica, a saber: el biológico, el psicodinámico, el conductivista y el socio-humanístico, a cada uno de estos modelos corresponden, con variedad en cuanto a su exactitud, conceptos sobre la salud, la enfermedad mental, la naturaleza humana y su dignidad y autonomía, los que a su vez ofrecen una guía para direccionar la terapia en cuestión.

Aun si la medicina –no-psiquiátrica– tiene como objeto de su actividad el cuerpo, es decir, la dimensión objetivable de la persona humana, sus funciones clínicas toman en cuenta la dimensión psico-social y humanístico-existencial del paciente-persona. Pero esta visión psico-somática es aún más urgente en la psiquiatría cuyo objeto de actividad es la persona en sus pensamientos, decisiones, motivos y emociones. Según

---

<sup>2</sup> La psiquiatría es en la medicina el puente entre el soma y la psiquis, entre las ciencias físicas y las ciencias humanísticas y del comportamiento, con la diferencia de que el aparato de medición es inductivo y subjetivo. Por eso, la psiquiatría entiende más que cualquier otra especialidad médica que el comportamiento ético cambia con el tiempo y el lugar, de acuerdo a condiciones y consecuencias, y que deberes particulares cambian, y complejos condicionados dan lugar a una consecuencia en particular o a un grupo de consecuencias. Tratar con ética es tratar con selección, valores y fines y hechos.

Esta selección (decisión) puede o no ser hecha sin consideración a información factual o científica alguna disponible en el momento. No existe una línea de demarcación exacta entre hallazgo científico y decisión ética, y aún así una línea debe ser hecha con revisiones continuas, porque la propiedad de la selección ética debe cambiar con el tiempo. La aplicación de la ética no debe ser vista como estática; siempre será secundario a un retrasarse al desarrollo científico. Esto responderá más a la sabiduría (wisdom) de la mayoría que al conocimiento de los pocos. Por último, la ética dominante debería ser absoluta o utilitaria, aunque esta posición nunca se verbaliza por las asociaciones profesionales que tratan con ella. Realmente en este sentido, las metas de la psicoterapia son relativas a la cultura en la que se practica este arte.

Hasta mediados de este siglo, la psicoterapia era vista como una forma de tratamiento médico, y sus técnicas y prácticas estaban firmemente controladas por especialistas médicos (psiquiatría como la examinaremos al presente). El psicoterapeuta, típicamente un médico, prescribía, administraba y evaluaba la efectividad del tratamiento, y sus escritos....

<sup>3</sup> La aparición de la insulina, terapia de choques eléctricos, lobotomías, topectomías, y las drogas psicotrópicas, hizo necesarios cambios sorprendentes en las regulaciones éticas. Avances partiendo desde la práctica estrictamente privada de la psiquiatría hacia la medicina colectiva y auspiciada por el estado han tenido efectos de no poco significado. Solo el aumento de los psiquiatras, que ha variado de una elite de practicantes y pacientes a un crecimiento numérico importante de profesionales, es otra consideración a ser evaluada (Víctor Bernal y del Rio M.D. “Psychiatric Ethic” –*Psychiatry. Manual* pp. 3219).

El cuidado del paciente individual plantea problemas éticos en áreas tales como la examinación, la información, la confidencialidad, la selección de tratamiento, la hospitalización, las posibilidades suicidas y homicidas, el comportamiento destructivo, las drogas. Y los nuevos tratamientos... plantean problemas con respecto a la evaluación, el uso, el mal uso, y el uso excesivo.

apunta con cierto acierto Bregguin (*Psychology of Freedom*) es imposible progresar en la psiquiatría sin dar prioridad a la consideración de cuestiones filosóficas como lo son la naturaleza del hombre y el sentido y propósito de la vida humana. (II. Psiquiatría-Filosofía-Ética)

Como transición a una exposición de la relación entre una ética del cuidado o beneficio integral y la psiquiatría, es importante ver la necesidad inherente a toda psiquiatría-psicoterapia, de estar ella misma orientada hacia la filosofía, y por eso hacia valores morales.

A. Aun los terapeutas que declaran limitar su interés al alivio de los síntomas, están tomando de hecho, posiciones filosóficas. Si la filosofía se ocupa de la realidad tras las apariencias, entonces en toda psicoterapia se encuentra ya presupuesto un nivel substancial de existencia personal más allá de lo observable. Los conductivistas se diferencian de los psicoanalistas en este respecto sólo en el grado de profundidad al que están dispuestos a llegar en la búsqueda de esa realidad subyacente a la conducta humana. A las dolencias síquicas se les supone tener un punto de referencia subyacente el cual directa o indirectamente apunta hacia la concepción de persona humana. Es imposible para el psicoterapeuta, evitar ser filósofo en el sentido de ser uno que sostiene creencias explícitas sobre la naturaleza humana, la naturaleza de la enfermedad, y la distinción entre apariencia y realidad.<sup>4</sup>

B. La psicoterapia es filosófica aún en otro sentido. Asociado a una noción más o menos explícita sobre la naturaleza se sugiere otro presupuesto sobre el modo en que los seres humanos deben comportarse, deben sentir o deben vivir. Es decir, donde surge una ontología allí también aparece una ética. Ciertas configuraciones psíquicas o de carácter se consideran deficientes según los criterios de normalidad y anormalidad que se sigan. Toda terapia se orienta hacia el cambio o la modificación de la conducta. Los terapeutas pueden variar en cuanto a cómo se ven en cuanto agentes de cambio, pero todos tienen valores que orientan ese cambio.

C. Si el terapeuta por su profesión se plantea cuestiones ontológicas y éticas, también en cuanto persona debe poseer integridad ética. Tanto Platón como Aristóteles llamaban la atención sobre la importancia del carácter (ethos) de la persona que pronunciase la palabra “terapéutica”. La honestidad y el servicio desprendido del profesional siguen siendo apreciados.

Incluso en las psicoterapias de carácter más objetivo y científico la ética en su sentido tradicional como evaluación de actos, nunca está ausente. El psiquiatra se ve obligado a evaluar las estrategias vitales del paciente como también el cuadro patológico. Además la declarada neutralidad científica tiene sus límites –como próximamente esclareceremos– ya que todo terapeuta encarna una serie de valores morales que promueve entre sus pacientes como parte de su filosofía de vida personal y profesional. Sobre este particular escribe Menninger (1958) p.94.

---

<sup>4</sup> Hemos de recordar que el paciente no es mero objeto en el tratamiento sino persona.

Aun la información experimental en cuanto a los efectos y la eficacia del tratamiento psiquiátrico no puede ser propiamente interpretada sin considerar en primer lugar las cuestiones fundamentales, a saber: ¿Cuáles son las funciones humanas por excelencia? ¿Cuáles son las implicaciones filosóficas/éticas de una intervención clínica que impida o sacrifique el funcionamiento de estas funciones? ¿Quién ha de determinar los efectos o la eficacia del tratamiento?, ¿será el profesional supuestamente dotado de objetividad?, o ¿será el paciente personalmente afectado? ¿Cómo puede calcularse –bien sea por un profesional o por el paciente– la pérdida de espontaneidad emotiva en relación a la presunta ventaja de evadir la institucionalización y regresar al trabajo y la comunidad propia?

Traducimos: “Lo que un psicoanalista cree, su razón  
Para vivir, lo que ama, lo que él considera bueno  
y lo que considera maligno llegan a ser conocidos  
por los pacientes y les influencia enormemente,  
no como una sugerencia pero como inspiración”.

**D.** Antes de detallar las modalidades de inherencia de la ética en las terapias, detengámonos para cuestionar la tan promovida neutralidad ética (Value-Free Approach) de la terapia científica. Algunos insisten en ser indiferentes a valores, otros declaran a los valores como categorías irracionales.

Aliadas de la tradición científica de la medicina, muchas psicoterapias y, claro está, aún más las terapias somáticas suponen sus funciones libres de consideración de valores y ajenas a la ética. El terapeuta atiende a su paciente sin hacer referencia a convicciones éticas y sin evaluar moralmente su conducta. Enfoca tan solo las necesidades del paciente, enfatizando que su tarea inspirada en la práctica clínica es solo la de aliviar el sufrimiento. Para estos terapeutas una terapia ética se reduce a un tratamiento competente/eficiente.

El acercamiento libre-de-valores (neutralidad ética) [como lo revisara J. W. Dierhard en *A cognitive approach to ethics of Counseling*] no niega la presencia de asuntos de controversia (issues) moral en la psiquiatría, o la importancia de estos asuntos para el paciente, como tampoco la importancia de la manera en que un paciente resuelve estos asuntos. El método libre de valores le provee al terapeuta una manera de ayudar al paciente a trabajar con asuntos morales sin influir en una dirección determinada.

Para lograr esto, al terapeuta se le alienta a hacer dos cosas:

1. Ayudar al paciente a esclarecer sus creencias morales, revelar inconsistencias y examinar si sus juicios particulares se correlacionan adecuadamente con las creencias (sociales) admitidas, y
2. Examinar cómo estas creencias morales se relacionan con las creencias de otros y si contribuyen de forma correcta a un entendimiento de la moralidad de otras personas e instituciones.

Más adelante veremos que la actividad terapéutica aquí recomendada facilita el esclarecimiento crítico de valores, y es neutral solo en el sentido de no imponer valores pero no en el sentido de ser indiferente a ellos. Si examinamos las dos actividades que la tesis libre-de-valores propone vemos que ellas son solo las maneras con las cuales un terapeuta probablemente propiciaría un cambio moral según el modelo cognitivo de moralidad presentado por L. Kohlberg.

A pesar de la doctrina oficial psicoanalítica que declara la moralidad como básicamente irracional, muchas veces en la terapia psicoanalítica las exigencias y creencias morales están sujetas a criterios racionales. Claramente, cualquier terapia que emplee tales criterios está asumiendo, esté o no el terapeuta consciente de ello, que la moralidad es un asunto que se encuentra sujeto a revisión racional. Cualquier método de terapia que se concentre en “pensar las cosas”, es decir en buscar y examinar las razones y motivos para los valores, sostiene implícitamente que el desarrollo moral admite la crítica racional sin importar qué tan fuertemente se sostenga la no-racionalidad de sistemas morales personales.

**E.** Distintos estudios indican que para un terapeuta es imposible discutir las cuestiones presentadas por un paciente sin revelar sus valores personales. Aun si él simple-

mente los mantiene implícitos, puede expresarlos por medio de una sanción permisiva o aun en el aliento que exprese acerca de los valores personales del paciente.

El terapeuta no debe encubrir sus valores personales, sino más bien presentarlos críticamente y luchar para evitar imponerlos, inculcarlos o permitir que el cliente los acepte de una manera no-crítica.

Algunos psiquiatras inspirados en una visión pragmática buscan atender al paciente, disminuir su sufrimiento y de este modo contribuir a su salud orientándose por teorías y valores terapéuticos al igual que por su percepción de los hechos sin preocuparse por ofrecer una justificación ética. Preguntamos, ¿es necesaria esa justificación ética? Sí, creemos que la naturaleza de la psiquiatría en cuanto a su finalidad y modo de operar lo exige.

Admitimos que las terapias que intentan mantenerse alejadas de valores –sino siempre libre de valores implícitos– han tenido sus logros. Han contribuido considerablemente al desarrollo de una perspectiva objetiva propicia al entendimiento de la enfermedad mental apartando así a la profesión de diagnósticos superficiales e ideológicos. Sin lugar a dudas la historia nos muestra ejemplos de carencia en el respeto y en cuanto a la consideración debida a la persona a causa de clasificar su dolencia en términos de categorías moralistas, míticas o inclusive religiosas debido a una ignorancia de la materia científica, a supersticiones y al fanatismo ideológico.

Pero por más beneficioso que pueda ser el presupuesto de neutralidad ética en la profesión psiquiátrica, la neutralidad corresponde más al área de la investigación que a la práctica clínica. En la relación ordinaria entre terapeuta y paciente la cuestión de valores y el sentido ético de la conducta en relación con la dolencia, están presentes en el terapeuta al igual que en el paciente articulando la calidad o haciendo posible la relación terapéutica en sí.

Más aún, el horizonte de aplicación para las terapias modernas en la psiquiatría se ha ampliado para no solo abarcar los síntomas y síndromes de las dolencias neuróticas y psicóticas tradicionalmente reconocidas sino también otras modalidades de angustia psicológica como son los casos de las relaciones personales conflictivas, las frustraciones vocacionales, la alienación personal y el vacío existencial. De modo que las diversas terapias en su aplicación, sean éstas explícitamente clínicas o no, plantean cuestiones éticas. Las terapias no son mera técnica de cambio sino también sistemas de creencias y valores referidas al ser humano, en relación con lo normal, lo moralmente aceptable.

Entonces se puede ya declarar que la aplicación de la psicoterapia, bien sea por parte de un psiquiatra o un terapeuta, no es ni ciencia pura ni filosofía moral, sino una rama de la profesión de la salud que supone ambas. Es preciso ubicar a la psiquiatría/psicoterapia en una dimensión libre de los excesos ideológicos, a saber, de una concepción de sí como ciencia aplicada con rigor objetivo, al igual que como arte intuitivo. De modo que será siempre necesario preguntar, sea la terapia de orientación clínica o de inspiración psicológica, ¿cómo afecta dicha terapia la visión del paciente en cuanto lo que estima moralmente obligatorio o correcto? ¿Es dicha influencia éticamente necesaria o al menos permisible? ¿Será algunas veces moralmente inaceptable en virtud de su carácter coercitivo y manipulativo? A partir de estas preguntas se suscita una serie de interrogantes que han surgido, al menos en parte, en el curso de esta jornada:

1. ¿Qué tipo de comportamiento debe ser controlado?
2. ¿De quién es este comportamiento?;
3. ¿A quién corresponde su control?;
4. ¿Quién decide atribuir esa responsabilidad?;

5. ¿Cómo afecta el control del comportamiento a la dignidad y a la autonomía de la persona?;
6. ¿Cuáles son los riesgos o perjuicios de intentar ese control?;
7. ¿Qué obligaciones sociales justificarían operar sobre el control del comportamiento individual?;
8. ¿Qué recursos resultan legítimos para la sociedad en lo relativo a ejercer dicho control?;
9. ¿Cómo conjugar una ética del control con la ética del cuidado, inspiradora de la beneficencia?;
10. Se presenta aquí un dilema central: entre la integridad (dignidad/autonomía/privacidad/derechos de la persona individual) y el bienestar (paz/seguridad/orden social). Este dilema corresponde a la triple responsabilidad del psiquiatra, a saber: el deber de promover eficientemente el bienestar social, el deber de respetar los derechos de su paciente, y el deber de ser leal a su profesión.

El Prof. Winslade quien ha estudiado los componentes médicos, filosóficos y sociales de la visión psiquiátrica de la enfermedad mental desde 1970, expresa, creemos, la preocupación central de nuestro trabajo. Desde una perspectiva ética se visualiza el conflicto actual entre un pensar utilitario caracterizado por un cálculo de beneficio y costo, orientado a promover terapias económicas de aparente eficacia inmediata y utilidad social, y un pensar humanista que destaca la dignidad y la autonomía de la persona, orientado a terapias individualizadas de larga duración y a menudo económicamente costosas. Para complicar el cuadro se añade el conflicto entre la visión biológica-somática de la enfermedad mental y la visión psicosocial de los desórdenes de personalidad como si una visión excluyese a la otra. Las psicotécnicas más novedosas (psicofarmacología, psicocirugía, y aún el condicionamiento operante) en su incertidumbre en cuanto a lo que a la fundamentación científica y filosófica se refiere agudizan la confrontación en la psiquiatría actual entre el utilitarismo pro-eficiencia y el personalismo pro-autonomía.

Antes de ensayar una resolución a estos conflictos entre deberes, es preciso examinar el ejercicio de la profesión médico-psiquiátrica, que nos sirve de contexto concreto para la reflexión ética.

En primer lugar, la psiquiatría debe recordar que en virtud de ser una profesión dedicada al cuidado de pacientes con diversos desajustes o desórdenes mentales, sus normas éticas reflejan ineludiblemente las concepciones que la sociedad alberga sobre la felicidad, la moralidad, y la conducta humana aceptable y deseable. En ausencia de evidencia clara y precisa en cuanto a la etiología y el tratamiento correspondiente a una dolencia mental, la condición de anormalidad puede analizarse desde varias perspectivas como irregularidad biológica, fracaso o estancamiento en el desarrollo, crisis moral, o como el resultado de conflictos sociales.

Los remedios correspondientes pueden a su vez entenderse como restauración médico-clínica, reajuste emocional, rectificación moral, y modificación del comportamiento en conjunto con cambios sociales. Aun si todas las perspectivas y remedios correspondientes pueden estar presentes en cada situación clínica, la que el psiquiatra seleccione para tratar con énfasis tendrá implicaciones morales, entre otras consecuencias prácticas, que la ética profesional deberá atender. De modo que la psiquiatría es tanto una tarea moral llamada a cumplir con deberes a veces en conflicto, como también una gestión estrictamente médica.

En resumen, de un lado el uso terapéutico de descargas eléctricas, la psicocirugía y la vasta farmacología a disposición del terapeuta constituyen un reto a la reflexión ética que debe articularse en relación a la técnica y el valor de la eficiencia. De la misma



manera, de otro lado, la transición cada día más frecuente de la práctica privada de la psiquiatría a la práctica colectiva e institucional a menudo bajo auspicios del estado, obliga al psiquiatra a ampliar su marco de referencia ético para prestar mayor atención a su responsabilidad social, lo que a menudo lo obliga a favorecer técnicas eficientes. En ambos casos la eficiencia como valor se presenta en competencia con valores de tradición más arraigada –autonomía y dignidad– en el tratamiento individual del paciente. Ya no parece posible circunscribirse a la protección exclusiva de los derechos del paciente individual. Es preciso conjugar esos derechos individuales con los colectivos que cada vez se hacen más imperativos y todo ello desde la perspectiva de un profesional llamado a respetar el principio de la beneficencia.

F. Ahora bien, en vista de que las cuestiones de ética son ineludibles en la psicoterapia, y se presentan a menudo con urgencia, es preciso ahora aclarar cómo ha de ejercerse el conocimiento ético de modo profesional. Un pensar ético o una argumentación moral propia al pensamiento crítico supone un ejercicio racional y disciplinado con el propósito de lograr argumentos defendibles sobre los deberes, los derechos, la virtud, el bien. Dada la complejidad de la práctica clínica, el ejercicio de la ética en su contexto no puede reducirse a un simple seguimiento de unas normas o del ejemplo de un gran maestro. Exige más bien un análisis arduo y estricto de los problemas, una cuidadosa reflexión sobre la tradición terapéutica y sus principios en clara vinculación con valores y principios reconocidos por la ética filosófica. Planteamos a estos efectos al menos 4 niveles o etapas metódicas para la reflexión ética, que van desde el más sencillo y espontáneo al de mayor sofisticación y reflexión filosófica.

Primera Etapa: Consideramos que la condición humana es ya desde su primer nivel existencial éticamente orientada. Por esto una disciplina como la psicoterapia necesariamente tiene que aceptar que está compenetrada con la ética debido a su interés en el hombre concreto. La ética queda inserta en el diagnóstico, en la patología, en la transferencia, y finalmente en los objetivos del tratamiento psiquiátrico/psicológico.

En el nivel existencial ya identificado, el diagnóstico supone referencia a los significados y valores de la cultura en cuanto vivencia y al contexto inicial del paciente y del terapeuta. Los conceptos y las categorías por medio de las cuales se distingue la salud de la enfermedad o lo normal de lo anormal ya están presentes y son ambos de carácter ético en cuanto objetos de elección y en cuanto a que el modelo diagnóstico-clínico social incorpora un sistema de valores sea éste de adaptación, de creatividad, o de realización personal.

El modelo teórico o el sistema conceptual que identifica y distingue la experiencia clínica en cuanto tal, no es pues un mero instrumento en manos del terapeuta sino una perspectiva que permea su visión y expresa sus preferencias. Se trata aquí de ética en su nivel o sentido de “ethos”, como sistema de valores personales del terapeuta.

De manera distinta de lo que ocurre con la dolencia somática, la dolencia mental en cuanto a su contenido se relaciona con ideas, memorias y sentimientos y su conducta apunta a valores y significados de implicaciones éticas. El paciente luce como una persona concreta inmersa en un complejo –tal vez conflictivo– de dimensiones sociales, religiosas e ideológicas cada una de las cuales presenta sus significados o valores en cuanto son experimentados subjetivamente.

La conexión entre ética y patología aparece explícita cuando se trata de irregularidades en la conducta que atentan contra un valor moral o legal, por ejemplo: robo, promiscuidad, crueldad, perversión, abuso de los indefensos o incapacitados. Si el paciente profesa una fe religiosa en particular (Católica, Protestante, Judía) entonces es preciso tomar en cuenta la interpretación valorativa que ésta aporta a los problemas psí-

quicos del tipo de los ya mencionados. Se presenta la necesidad científica y técnica de precisar los orígenes y la dinámica de los síntomas al igual que la de examinar las funciones del comportamiento en cuestión y en ambos casos la precisión y el análisis exigen una captación de los valores.

En cuanto la transferencia o posible relación entre terapeuta y paciente en su ser personas y no *res cogitans* o *tabula rasa* el encuentro de valores es inevitable. Cada uno tiene su historia personal, su formación cognoscitiva, sus creencias religiosas y filosóficas, y un trasfondo cultural y étnico que influyen en su percepción del bien y de lo correcto.

La percepción ética de una situación es sin duda transmitida por el terapeuta, cosa que todo profesional diestro y sensible reconoce. Un buen terapeuta acepta como responsabilidad personal y profesional diferenciar su destreza técnica y conocimiento científico de su saber ético. Mientras más consciente sea de su orientación ética y/o más explícito sea al plantearla ante su paciente menos inclinado estará el terapeuta a imponer sus valores de un modo autoritario.

Si la ética se compenetra con el diagnóstico, la patología y la relación del terapeuta y el paciente más aún influye en la metas de la terapia. De hecho el lenguaje ético se presta como apropiado para articular los objetivos que animan la alteración de la conducta del paciente. Por ejemplo, el paciente de histeria aspira a recobrar el autoconocimiento, el paciente obsesivo se orienta hacia una mayor confianza y generosidad, mientras que el paciente de personalidad anti-social deberá desarrollar una conciencia y sensibilidad en apertura a las necesidades de otras personas.

Las teorías de la personalidad proveen un ideal ético hacia el cual dirigir la terapia y por el cual animar los esfuerzos del paciente. Al examinar detalladamente cada terapia se describen esos ideales, bien sean de autonomía, armonía consigo mismo, anhelo de significado, creatividad, relajamiento de tensiones o responsabilidad social. Prácticamente toda teoría de la personalidad se inicia con una descripción empírica y una interpretación científica pero culmina en un planteamiento normativo inclusive de ideales éticos.

Desde luego, un asunto es reconocer la omnipresencia de la dimensión ética en la terapia y otro articular una teoría ética consistente.<sup>5</sup> Algunos terapeutas descansan en un nivel instintivo o intuitivo para resolver los dilemas morales. Creen que cada situación exige una reflexión particular para lo cual su formación médica y psicológica, al igual que las experiencias personales le resultan suficientes. Se trata de una ética de situación. Podemos reconocer este nivel como uno informal que se nutre de las creencias generalmente aceptadas sobre lo que caracteriza la conducta apropiada de una cultura particular.

---

<sup>5</sup> Con frecuencia los siquiátras seleccionan la modalidad terapéutica para sus pacientes usando como criterio normas empíricas y técnicas de alguna ciencia (psicología, biología, química, o ramas derivadas como la fisiología, la genética, la neurofisiología). Sólo bajo circunstancias especiales se animan a usar valores éticos como criterio de selección.

Pero como ya indicamos toda decisión terapéutica supone cuestiones o consideración de valores que a su vez exigen justificación ética. Solo excepcionalmente es la selección de un tratamiento terapéutico ajena a una decisión sobre las metas específicas a lograr y los medios correspondientes a seguir.

El psicoanálisis puede optar por un cambio estructural de carácter, la terapia de familia puede intentar el mejoramiento de la dinámica familiar, y la terapia de alteración del comportamiento orientarse a reducir la ansiedad, como la terapia psicofarmacéutica puede buscar el alivio de síntomas psico-físicos. Es decir, el enfoque de la terapia puede variar desde una orientación hacia el tratamiento de síntomas, de síndromes, de configuración de la personalidad hasta el de los patrones de relación familiar. Más aún, según hemos de precisar, el logro de una meta terapéutica en particular puede costar el deterioro funcional de otros niveles.

Algunos consideran que una decisión moral es cuestión de preferencias inspiradas más en un orden emotivo y sentimental que en la reflexión. Un sistema de preferencias como criterio moral elevado a un plano social nos comprometerá con una visión de la ética como relativismo cultural.

Ahora bien, un pensar ético de situación de preferencia concentrado en lo emotivo y en un relativismo cultural no pasaría más allá del nivel existencial o sociológico de la reflexión ética. Todo lo que permitiría sería un planteamiento intuitivo inevitablemente individual sin criterio objetivo de universalidad o coherencia interna. Una psicoterapia asociada exclusivamente con este nivel de reflexión ética carecería de incentivo para proponer objetivos más allá de un mero conformarse con el orden establecido.

Pensamos que en cuanto profesional un terapeuta debe conducir su pensar ético hacia un nivel de mayor reflexión en el cual las reglas, normas y principios que constituyen una ética profesional a tono con la dignidad propia de la persona, logren su explicación y justificación. No son pocas las situaciones clínicas que ameritan resoluciones éticas más allá de intuiciones o respuestas emotivas a la situación concreta.

Segunda Etapa: De ordinario una persona no permanece en el nivel existencial inmediato de evaluación ética, sino que procede a investigar porqué considera una acción correcta, buena, o como derecho/deber. Se cuestiona porqué la sociedad endosa ciertas conductas y repudia otras. Busca razones que expliquen y en cierta medida justifiquen sus propias evaluaciones espontáneas al igual que las evaluaciones institucionalizadas en la cultura. Estas razones pueden presentarse como reglas éticas que cristalizan la conducta del pasado pero aún sin razonar las reglas en términos de valores articulados como principios formales. Generalmente estas reglas constituyen el contenido de los códigos éticos de las profesiones, pero también forman parte de los códigos legales y sus procedimientos civiles/criminales. Mientras que en el primer nivel existencial la evaluación ética representa una respuesta inmediata de la persona a la dimensión axiológica de la realidad, el segundo nivel, aquí planteado, supone distancia, detenimiento y reflexión pero sin perder contacto con la situación concreta valorizada. Las razones o explicaciones aquí exigidas se presentan como reglas morales que prescriben o proscriben, inspiran y evalúan la conducta a la vez que suponen la posibilidad de mérito o castigo.

La ética concebida en este segundo nivel es esencial a la psicoterapia. Antes de tomar una decisión en la evaluación de una modalidad psicoterapéutica, la dimensión objetiva de la acción profesional debe ser analizada con precisión y rigor. Debe entenderse el contenido y la dinámica, al igual que las implicaciones éticas del control del comportamiento, la confidencialidad, el consentimiento informado, los derechos del paciente la autonomía y la manera apropiada de beneficiar al paciente. Es decir, en este nivel corresponde preguntarse: ¿Qué significa el cuidado de este paciente en sus circunstancias particulares? Dada una situación determinada, ¿es la acción propuesta un beneficio para el paciente o una intervención más bien atenta a los intereses del equipo terapéutico? ¿Se inspira el terapeuta en la benevolencia respecto del paciente o se motiva por la satisfacción personal? ¿Actúa el terapeuta como agente del paciente, de la sociedad o de su clase profesional?, y si la respuesta es positiva a todos los casos ¿cómo establece sus prioridades? ¿Cuáles son los valores humanos y sociales que operan en la terapia en cuestión?

Algunas veces las normas o reglas morales a seguir resultan claras y su aplicación sencilla. Pero, (en vistas del pluralismo moral de nuestra época) resulta cada vez más difícil lograr acuerdos y certeza moral en cuanto a lo que a las normas se refiere.

Hoy con más frecuencia que antes se espera que cada norma moral venga apoyada por argumentos convincentes, coherentes y consistentes.

Surgen tanto a nivel individual como a nivel colectivo varios sistemas de reglas, leyes, códigos y políticas –cada uno de ellos exigiendo de modo más o menos explícito y consistente una conducta merecedora de aceptación y condenando otras como inaceptables– a seguir.

Los mandamientos judío-cristianos son un buen ejemplo de estos sistemas. Sus reglas o normas éticas son concretas, específicas, directas y operativas en cuanto a que justifican teóricamente una evaluación ética al igual que directrices prácticas. Las profesiones aspiran a establecer sistemas análogos al aquí mencionado, y por esto los códigos profesionales cuentan con preámbulos que sirven de principios para justificar la evaluación de la conducta del profesional al igual que cánones que regulan acciones específicas. Las normas éticas que se transparentan en los códigos profesionales regulan la acción, actitudes, y juicios de la práctica diaria. Como ejemplo ya hemos mencionado la Declaración de Hawaii.

(Favor de referirse al Código de Psiquiatría –Apéndice I–)

Pero los códigos necesitan de un escrutinio filosófico que les plantea interrogantes como: ¿Salvaguarda un código la responsabilidad respecto de los pacientes o la sociedad, cuando se diseña en atención a las necesidades particulares de una profesión? ¿Qué incluye el sostener el honor u el honrar una profesión? ¿Cuáles son las relaciones que se establecen en lo referido al deberse a un paciente particular, a la profesión, y a la sociedad? ¿Puede una profesión, forjando sus propias reglas de conducta, disciplinar a sus miembros? ¿Cuál es la relación entre las directrices que auto-regulan la profesión y las normas morales universales? Debido a que no pueden contestar estas preguntas muchos códigos profesionales adolecen de ambigüedad, falta de sistematización y claridad conceptual. La articulación interna y la distinción entre valores, principios, y reglas o normas que se derivan de los principios y su justificación exigirán colocar los códigos a otro nivel de análisis ético. Anticipamos ese nivel como un tercero caracterizado por la formulación filosófica.

Antes de proseguir hacia ese tercer nivel, cabe señalar otra dificultad de los códigos, a saber, su diversidad y la correspondiente perplejidad al momento de decidir cuál de ellos seguir debido a que cada uno propone criterios diferentes.

Más aún, en vistas de que los códigos son documentos históricos, ellos condensan experiencias diversas e incorporan perspectivas diferentes entre sí. El individualismo puede aflorar en uno, el paternalismo en otro, e incluso la equidad en otro. Es decir que cada código puede suponer un modelo de conducta que se acepta sin suficiente identificación, aclaración o crítica.

Finalmente, no es de sorprender que varios elementos o cánones de un código puedan entrar en conflicto y que el código en sí no ofrezca vía de mediación o resolución a éste. Para que los códigos puedan garantizar la confianza y la lealtad en las relaciones terapéuticas entre un profesional íntegro en cuanto tal y el paciente como persona individual y comunitaria es preciso pasar a un tercer nivel de evaluación ética. Dicho sea de paso, no consideramos que sea adecuada la sustitución de contratos por códigos entre profesional y paciente, aún si la misma ofrece más autonomía a éste o aumenta su poder en la transacción en lo que respecta al servicio psiquiátrico/psicoterapéutico, puesto que el tipo de dolencia en sí puede sugerir debilidad en la capacidad de decisión.

Tercera Etapa: La necesidad de cuestionar puede surgir a raíz de la inclinación y capacidad para la reflexión considerada como inherente al ser humano. Puede, y con fre-

cuencia es así, también surgir de la experiencia conflictiva sobre qué hacer ante una situación cuando varias normas o reglas se presentan opuestas una a la otra. En ambos casos, las cuestiones sobre la validez de las normas morales prácticas conducen a una referencia hecha a normas de mayor claridad y precisión cognoscitiva, a saber: a principios.

Entendemos por principios las expresiones en forma de proposición de aquellos valores éticos que consideramos fundamentales para la integridad del ser persona y para su bienestar existencial y comunitario, al igual que universales en su aplicación. Estos principios sirven de fundamento y explicación de la validez o consistencia de las normas morales, al igual que del criterio normativo para juzgar si una norma se aplica o no correctamente. En virtud de su relación intrínseca con las condiciones que constituyen la comunidad humana y con la estructura esencial de lo que significa la existencia humana los principios generan credibilidad. Por ejemplo, es más fácil cuestionar una regla particular sobre el salario justo que cuestionar el principio de justicia en sí.

El porqué de esa certeza lo encontramos en la universalidad atribuida a los principios. Estos enuncian los pre-requisitos necesarios y suficientes para una existencia humana íntegra en el contexto del bien común, independientemente de la cultura que condiciona e implementa esos principios. Su obligatoriedad permanece aún cuando se le sustraen los pronombres personales y las calificaciones específicas. En cuanto es así, los principios proveen una base para evaluar las normas, reglas, o leyes del segundo nivel, al igual que las reacciones espontáneas ante las situaciones del primer nivel. También los principios sirven de nexo entre las normas éticas de un código profesional y la ética general.

¿Cuáles son estos principios? ¿Cuántos son? No es fácil ofrecer una lista que se considere completa o exclusiva. Pero sea esta ampliada o no, necesariamente incluiría en su contenido esencial los valores siguientes: vida, justicia, amor, libertad, igualdad, racionalidad, lealtad, autonomía, verdad, beneficencia.

Ahora bien, la ética es mucho más compleja que la mera aplicación de principios a la conducta. Naturalmente los principios se vinculan necesariamente a la conducta, pero indican y determinan mejor lo que no debe hacerse que lo que positivamente la situación exige. Es decir, una cuestión es el suscribirse por convicción a principios como justicia, amor, libertad o respeto a ideales, pero otra saber concretamente cual es la acción justa, amorosa, autónoma, etc. La relación entre principios y la conducta específica en la situación real exige una posición de creatividad y libertad personal e ingenio práctico al igual que intuición y sensibilidad. Tal parece que la actividad ética del yo moral representa el logro de la creatividad humana sobre bases ya provistas en el ser de persona.

¿Cuál es la importancia particular de los principios para la acción moral del terapeuta? Los principios más que las reglas forman la interioridad o el carácter de la persona del terapeuta. Los códigos y las leyes establecen el criterio profesional y regulan el procedimiento terapéutico pero de por sí y solos no constituyen la persona ética en su interioridad ni inspiran hacia ideales por convicción propia y de modo consistente y con fidelidad, a veces hasta heroica. La conducta así inspirada es llamada virtuosa.

El proceso por el cual los principios se interiorizan representa una vía rigurosa en la educación moral. Una vez que los principios interiorizados se transforman en actitudes personales, éstas regulan y armonizan las tensiones internas (entre razón y emoción, por ejemplo) a la vez que moderan la aplicación de normas y reglas. Así, los principios inclinan a la persona hacia una conducta consistente, es decir, de **virtud**. Por ejemplo el principio de beneficencia inclina hacia la adquisición de la virtud de benevolencia, como el de veracidad hacia la honestidad.

Mientras mejor se asimilen los principios más autónoma y auténtica será la persona en su conducta ética. Los principios le prestan aplomo personal y dirección a sus ejecuciones las cuales representan condiciones indispensables para un terapeuta en lo referente a las dolencias mentales.

Los principios en cuanto formales y abstractos, y no concretos y cercanos a las situaciones, no solo tienen su contenido articulable en conceptos como las definiciones de valores, sino que también pueden entrar en conflicto. Cuando esto ocurre, o sea, cuando un principio o valor compite con otro principio o valor estamos frente a los dilemas más serios de la ética. La resolución supone tener una visión de conjunto sobre el sentido último de la vida y en base a ello decidir un orden de prioridades. Antes de explorar ese nivel especulativo, preguntémosnos: ¿qué principios éticos tienen una relevancia propia en la psicoterapia? ¿Acaso el rol del terapeuta o la peculiaridad de la relación terapéutica plantea ciertos principios con particular obligatoriedad?

En primera instancia el principio de beneficencia –de cuidar y preocuparse por el bien del paciente y de abstenerse de hacerle daño alguno– se presenta como esencial. El terapeuta debe ofrecer prioridad a su paciente y reflejar cuidado y confiabilidad al igual que carácter. Pero el principio de justicia en lo referido a la atención de los demás y la distribución de recursos escasos puede, y de hecho cada día más en las instituciones públicas y/o privadas, entrar en conflicto con los beneficios del paciente individual. La justicia social en cuanto característica del bienestar público, al igual que en relación con la distribución justa de recursos para la salud, reta la concentración individualizada en el paciente singular.

Los beneficios se articulan estrechamente con el principio de la razón práctica conocido como prudencia. Es decir, para cuidar y ayudar a su paciente, el terapeuta debe poseer un entendimiento amplio y profundo de la situación del paciente para ejercer la prudencia al aplicar los medios adecuados para conseguir las metas benéficas.

Otro principio de urgente implementación es el de la veracidad, por cuanto el profesional debe informar a su paciente del diagnóstico y pronóstico. Naturalmente es preciso acoplar este principio con el de beneficencia para saber qué verdad, cuánto de ésta debe revelarse (decirse), y cuándo y por quién, al igual que cómo para que resulte en beneficio del paciente. La credibilidad y la confiabilidad del profesional, sin la cual la relación con su paciente no se logra, debe permanecer íntegra tras un tratamiento discreto y reservado ante al paciente.

Recientemente el principio de autonomía o auto determinación, tradicionalmente reservado para el ejercicio del profesional se ha convertido en un principio nuclear en la transacción del consentimiento informado por medio del cual el profesional informa al paciente y procura su participación activa en la terapia. Recordamos que restaurar la autonomía debilitada o atrofiada, condición casi constitutiva de la dolencia mental, es uno de los objetivos principales de la psiquiatría. El beneficio para el paciente de acuerdo a los principios enunciados, puede entrar en conflicto con los requisitos de una distribución justa y eficiente de los recursos para el cuidado de la salud, de los recursos técnicos en particular, y de los recursos en lo que al nivel social-público se refiere.

Considerando que los principios son muchos y que compiten entre sí y entran en conflicto, es entonces preciso preguntar sobre el sentido último de la vida, su finalidad y bienestar propio. Conviene singularizar el concepto de persona que anima la terapia en sí y que incluye las convicciones de mayor arraigo en el terapeuta en cuanto persona y profesional. En virtud de que cada nivel de evaluación ética –reacción intuitiva, reglas, normas, principios– es autónomo pero que guarda relación uno con el otro, vemos ahora que los principios que hasta ahora explican y justifican las normas como reflexión sobre las reacciones intuitivas, a su vez necesitan su fundamentación.

**Cuarta Etapa:** Aunque este nivel luce como el más abstracto y elusivo de todos los niveles, en su raíz profunda es realmente una reconsideración del primer nivel, denominado vivencia existencial de la situación moral. Se trata de una filosofía de la existencia humana en la cual los principios de beneficencia, justicia, veracidad y autonomía encuentran su razón última de ser y operar. De interés particular para este trabajo es la pregunta sobre qué hace que la realidad humana necesite de una vivencia ética para así lograr salud mental y plena felicidad.

De modo que la ética se nos presenta no solo orientada hacia decisiones concretas para la conducta humana, sino también en lo que se refiere a creencias e ideas sobre la realidad y el lugar o función propia del ser humano en la realidad. En la práctica por ejemplo, el conflicto moral no es solo ni primordialmente sobre “qué debo hacer”, sino además sobre “qué tipo de persona debo ser para lo cual la acción es un medio”. Así, la cuestión pasa de ser una sobre la acción o modo de actuar a una sobre el carácter o modo de ser. La ética en este nivel tiene que ver con la auto-determinación o elección respecto del modo de ser persona en cuanto entidad ética. Es una ética del cuidar la integridad de la persona y no del mero controlar su conducta.

La visión de la realidad y de la vida humana –ya implícita en la operación en el primer nivel de evaluación ética– puede expresarse en este cuarto nivel en articulaciones conceptuales y categóricas de la filosofía o/y símbolos teológicos a menudo apoyados en conceptos filosóficos.

La relación entre la visión que se tenga del propósito, sentido, y el porqué de la vida humana en el mundo complejo de ambientes culturales, sociales y físicos y la conducta, es muy bien conocida por los terapeutas. Algunos llegan a interpretar la dolencia mental en términos de visiones falsas o preferencias por lo ilusorio e irreal que a su vez conducen a una pérdida de claridad cognoscitiva y a una parálisis volitiva con sus correspondientes irregularidades emotivas.

#### **G. Bioética Personalista y su aporte a los cuatro niveles**

Recordemos que la bioética personalista es un pensar filosófico, teórico y práctico sustentado en un determinado concepto de persona que le sirve de fundamento objetivo. Éste incluye algunas verdades sobre la dignidad, la integridad, la vinculación y la trascendencia del ser persona que no son negociables o dependientes de consenso social.

La bioética personalista confía en la capacidad natural de la razón humana para descubrir y exponer la estructura y dinámica propia o inherente a la realidad, y en particular a la realidad o naturaleza humana en sí misma.

Se trata de una ética que no sólo reconoce sino que se fundamenta en el hecho de que la persona tiene un origen y una finalidad que la lleva a contar con Dios. Es decir, la persona tiene una doble dimensión: es un ser individual existente en un momento histórico y lugar determinados, pero también, simultáneamente, un ser orientado hacia una trascendencia de su individualidad, hacia bienes universales o ideales. Ese anhelo de trascendencia incluye por antonomasia el anhelo de Dios.

La ética es, pues, primero sobre la selección inmediata de un valor en una conducta concreta, es decir su articulación en norma, para luego verse en proposiciones formales sobre reglas y principios, culminando en una teoría de valores que presta una visión sobre lo real, el bien, la verdad y el sentido de la vida humana. La visión que la persona adopte queda reflejada en todos los factores morales que se entrelazan en su acción espontánea, una norma, unos principios, a saber, su intención, disposición, carácter, fundamentación de valores, propósito de vida, y jerarquía de valores de acuerdo a algún concepto del bien. A este nivel los conflictos entre visiones son inevitables en sociedades pluralistas y liberales científico-tecnológicamente desarrolladas. De modo

que una de las funciones más urgentes del pensar ético es la de ofrecer los instrumentos de análisis crítico que permitan reconocer el valor cognoscitivo de cada visión sin pretender establecer una como absoluta o una como criterio de la otra.

1. Concretamente en relación a los profesionales de la salud –en particular a la psiquiatría/psicoterapia– la ética filosófica debe articular para cada visión de conjunto la sub-teoría sobre la virtud (carácter del profesional), sus deberes/derechos (en relación a la acción específica), y el bien común (finalidad de su profesión de servicio a la humanidad). Desafortunadamente la psiquiatría y la psicoterapia con frecuencia se limitan a la ética propia del nivel II –reglas de configuración legal/directrices probabilísticas– y no se familiarizan con cuestiones de fondo por considerarlas filosofía especulativa en el sentido de oscurantismo.

2. La psiquiatría ha de procurar un juicio balanceado en cuanto a su intento de promover la autonomía humana y a la vez procurar un comportamiento social ordenado. No puede limitarse a establecer derechos generales del paciente ante el tratamiento y la hospitalización. Más bien, tiene que identificar que terapias específicas han de resistirse por derecho del paciente.

3. Inspirada en la obra de Edmund Pellegrino, quien sostiene que la medicina en cuanto actividad humana es en sí una forma de beneficencia, expondré este principio como formativo del núcleo de una ética del cuidado para la psiquiatría, como antídoto a la eficacia despersonalizada de una psicotecnología.<sup>6</sup>

La beneficencia en el campo de la salud es la respuesta de un profesional-persona a la necesidad y clamor de una persona enferma necesitada de asistencia sin la cual puede morir o sufrir dolor y/o incapacitación innecesariamente. La beneficencia es un requisito primario de la medicina y supone el reconocer al menos tres obligaciones específicas: a) que los problemas y necesidades del paciente son la ocupación primaria del profesional, excepto en circunstancias extremas; b) que el daño debe ser evitado pues el profesional de la salud no puede cumplir con la promesa de ayudar si intencionalmente perjudica al paciente por la razón que sea; c) que tanto la autonomía incondicional como su opuesto, el paternalismo estricto, quedan trascendidos en su exclusividad y oposición por la beneficencia al paciente que incluye la autonomía.

Interesa aquí destacar que la beneficencia puede funcionar como resolución a los conflictos entre una excesiva atención médica a la autonomía, y un paternalismo vinculado al culto de la eficiencia rápida y tal vez manipuladora de un *ethos* de control. Usando la frase de Pellegrino-Thomasma, identificamos este principio como: beneficencia-en-confiabilidad (beneficence-in-trust). Si la beneficencia se orienta a promover el bienestar del paciente conviene entonces aclarar el sentido del bien para el paciente que se ha confiado a un profesional.

Este bien incluye, según Pellegrino-Thomasma<sup>7</sup>:

- # el sentido último o *telos* de la vida según es percibido por el paciente,
- # el bien del paciente en cuanto a los rasgos distintivos de su ser persona como ser consciente, pensante, y autónomo...
- # (subordinado a los dos anteriores) los intereses expresos o la evaluación subjetiva que el paciente ofrece sobre la calidad de vida que resultaría de la intervención médica –su plan existencial–,
- # el cuadro clínico o evaluación biomédica del bien que puede lograrse con la intervención profesional.

---

<sup>6</sup> Pellegrino, Op.Cit.

<sup>7</sup> Op.Cit. pág.81.



Es preciso tomar en cuenta cada nivel del bienestar para asegurarse que se observa el principio de beneficencia. Notemos que el profesional de la salud inclinado a una interpretación liberal de la autonomía favorecería el bien del paciente en cuanto a intereses expresos (sentido # 3), mientras que el profesional paternalista insistiría en el bien biomédico aun si tuviese que manipular o engañar al paciente (sentido # 4). Confiamos usar como principio operativo el bien último y el bien de persona (sentidos # 1 y #2 respectivamente) para resolver los conflictos inherentes a una ética centrada en una autonomía/derecho, y a otra centrada en un paternalismo/eficacia utilitario.

No podemos concluir esta sección dedicada a persona-autonomía-beneficencia, sin hacer referencia a un principio moral que los complementa, y en cierto modo depende de éstos: el principio de justicia.

Actuar de forma justa respecto de una persona es ofrecerle lo que le es debido o aquello a lo que tiene derecho. Se trata de ofrecer a todos por igual (equidad) lo que les corresponde por su naturaleza y dignidad de ser humano/persona; y como con frecuencia esto nos resulta prácticamente imposible, entonces se acude a un criterio razonable, por ejemplo, en términos de aporte a la sociedad, su capacidad productiva, su necesidad, o en virtud de algún acuerdo moralmente legítimo por incurrir en él consciente y libremente. O sea que lo que una persona merece o puede exigir se intenta justificar en términos de su aporte a la sociedad, su capacidad productiva, o su necesidad, o de alguna otra propiedad moral relevante.

La justicia es comparativa cuando lo que una persona merece se determina por la relación de armonía entre sus exigencias. La justicia es no-comparativa, en contraste, cuando el mérito es determinado por un criterio independiente de las exigencias de otros (ilust.: la regla de que una persona inocente nunca merece castigo).

El concepto de justicia distributiva se aplica solo a la distribución de recursos bajo condiciones de escasez, es decir, cuando existe competencia por los beneficios. El cuidado de la salud es uno de esos recursos, particularmente cuando se trata de las técnicas médicas más avanzadas que resultan costosas y escasas pero que son demandadas por muchos pacientes.

La justicia en su sentido comparativo ha sido analizada de varios modos por teorías rivales. Pero como denominador común mínimo de todas las teorías encontramos un principio tradicionalmente atribuido a Aristóteles: iguales han de tratarse por igual y desiguales de modo correspondiente. A este principio se le reconoce como el principio formal de la justicia. Es formal porque no designa ningún aspecto específico de igualdad o desigualdad, es decir, solo se refiere a la consistencia o uniformidad que debe seguirse. Sin embargo cada teoría de la justicia, si ha de aplicarse a la práctica, debe especificar las similitudes o diferencias individuales. Por eso al principio formal, se añaden principios materiales que identifican la propiedad relevante sobre la base de la cual los beneficios y los sacrificios han de distribuirse. En la ética médica, al igual que en la ética en general, los siguientes principios materiales han sido propuestos: 1) a cada persona, participación igual; 2) a cada persona, de acuerdo a la necesidad individual; 3) a cada persona, de acuerdo al esfuerzo individual; 4) a cada persona, de acuerdo a su contribución social; 5) a cada persona, de acuerdo a su mérito.

Consideramos que el segundo principio material –a cada persona, de acuerdo a su necesidad– nos resultará relevante para las cuestiones de la ética psiquiátrica.

Concluimos el trabajo con los factores a considerar a modo de criterio para actuar con cautela, factores que a su vez coinciden con las condiciones que definen la coerción y que deben evadirse;

1. En virtud de lo apuntado en lo relativo al bien del ser persona nos adelantamos a recomendar:

Favorecer los métodos de influencia en el comportamiento que apoyen el respeto propio y la dignidad del paciente. Para ello es preciso tomar en cuenta:

- \* Extensión y duración de los cambios a operarse en los patrones de comportamiento y en la actividad mental o el grado de modificación en la personalidad.
- \* Los efectos laterales vinculados a la terapia.
- \* El grado de intervención física exigida.
- \* La intensidad del dolor, si hubiere alguno.
- \* El punto hasta el cual un paciente que se resista a la terapia puede evadir los efectos adversos de la misma.

Favorecer aquellos métodos que no intervienen físicamente en el paciente sobre aquellos que sí lo hacen, de modo que las drogas, la cirugía, la implantación de electrodos o la descarga eléctrica deben usarse, si de hecho es necesario, como último recurso o al menos de forma complementaria a la psicoterapia.

Favorecer la restricción en la duración del tratamiento somático, de ser este necesario, aumentando a la vez las posibilidades del paciente a resistir los efectos adversos de estas terapias.

Favorecer métodos que operan por medio de la colaboración de las facultades cognitivas y afectivas del paciente, es decir, favorecer que el paciente sea agente en lo referido a producir los cambios deseados en su comportamiento, desfavoreciendo así los métodos que obvian su capacidad cognoscitiva, para hacerlo un ser positivo ante los cambios previstos.

2. Nos inclinamos a desfavorecer:

- Los métodos de influencia que destruyan o impidan substancialmente la habilidad humana para reflexionar intelectualmente sobre los intereses propios.
- Aquellos métodos que afecten adversamente y de modo substancial la identidad personal.
- Los métodos que se apoyen esencialmente en la práctica de la decepción o el ocultamiento de información de relevancia al paciente.