

## ÉTICA Y PSIQUIATRÍA. UNA DUALIDAD MÉDICO-FILOSÓFICA

### ETHICS AND PSYCHIATRY. A MEDICAL-PHILOSOPHICAL DUALITY

de la Cámara Sahuquillo, E.  
Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Ciencias de la Alimentación, Toxicología y Medicina Legal.  
Universitat de València.  
España.

Correspondencia: delacasa@alumni.uv.es

**Resumen:** En salud mental, el estigma, la discriminación y la potencial vulneración de los derechos de los pacientes son una problemática oscura que debe ser analizada a la luz de los conceptos bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Se entiende la enfermedad mental como un posible escape o distanciamiento de la realidad y su variabilidad, como un alejamiento de lo establecido por la sociedad. Es un desequilibrio que, filosófica y éticamente hablando, dificulta o impide la realización de proyectos por parte de los individuos y les privan la libertad, provocando el sufrimiento de los pacientes y de su entorno, formando una red social, sanitaria, personal y familiar. Por otro lado, se pretende tratar la psiquiatría desde el punto de vista humanista, filosófico y ético sin perder de vista la concepción histórica y psicobiológica de las enfermedades mentales, así como los problemas sociales que van ligados a la patología mental, en concreto con el lenguaje psiquiátrico. Se intenta por tanto evadir las reglas destinadas a producir una conducta normalizada, estandarizada, caracterizada por el culto a la salud y el miedo a la enfermedad, a la medicalización de la existencia y a la consagración del psicologismo, proponiendo este artículo ser un canto esperanzador a la dignidad humana del paciente psiquiátrico y de todo aquel que vive por y para él.

**Palabras clave:** Enfermedad, ética, lenguaje, principios, psiquiatría, sociedad.

**Abstract:** In mental health, stigma, discrimination, and the potential violation of patients' rights are an obscure problem that must be analysed considering the bioethical concepts of autonomy, beneficence, non-maleficence, and justice. Mental illness is understood as a possible escape or distancing from reality and its variability as a departure from what is established by society. It is an imbalance that, philosophical and ethically, makes it difficult or prevents individuals from carrying out projects and deprives them of their freedom, causing the suffering of patients and their environment, forming a social, health, personal and family network. On the other hand, it is intended to treat psychiatry from a humanistic, philosophical and ethical point of view without losing sight of the historical and psychobiological conception of mental illnesses, as well as the social problems which are linked to mental pathology, specifically with the psychiatric language. Therefore, an attempt is made to evade the rules destined to produce a normalized, standardized behaviour, characterized by the cult of health and the fear of disease, the medicalization of existence and the consecration of psychologism, proposing this article to be a hopeful song to the human dignity of the psychiatric patient and of everyone who lives by and for him.

**Key words:** Disease, ethics, language, values, psychiatry, society.

### INTRODUCCIÓN

*Quizá la verdadera locura no sea otra cosa que la sabiduría misma que, cansada de descubrir las vergüenzas del mundo ha tomado la inteligente resolución de volverse loca.*

- Luca de Tena T., Los renglones torcidos de Dios (1979) (a).

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define el término “salud” como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (1). Atendiendo a este concepto, el ser humano es considerado como una compleja unidad biopsicosocial y la enfermedad como un

desequilibrio que, filosófica y éticamente hablando, dificulta o impide la realización de proyectos por parte de los individuos y les privan la libertad, provocando el sufrimiento de los pacientes y de su entorno (2), formando una red social, sanitaria, personal y familiar.

La medicina es tanto un arte curativo como una ciencia, y junto con la ética siguen un curso paralelo (3). No obstante, pese a la importancia de la ética desde los inicios del arte de curar, se han producido divergencias en torno a trasfondos culturales y condiciones legales, sociales y económicas, así como las reglas de la organización de la experiencia y modelos de vida personales en proceso de salud o enfermedad (1, 4-6). Autores como Hernández PG. (6) afirman que la aplicación de la ética siempre será algo secundario y dependiente del desarrollo científico, sugiriendo un desafío funcional social. Otros autores como Potter (7) consideran la bioética como una disciplina joven con responsabilidades maduras, que constituye la integridad global de la biología con los valores. La bioética normalmente se aplica en casos graves, mas debería extenderse a todas aquellas prácticas en las cuales se requiera una adhesión y cumplimiento mediante el consentimiento informado de los pacientes y en las que entre en juego la protección de los derechos fundamentales (8).

En salud mental, el estigma, la discriminación y la potencial vulneración de los derechos de los pacientes son una problemática oscura que debe ser analizada a la luz de los conceptos bioéticos, los cuales son dinámicos, tal y como se ha mencionado anteriormente y se hará de nuevo a continuación (7). Los pacientes psiquiátricos, a diferencia de los de otras especialidades médicas, frecuentemente son considerados incapaces para tomar decisiones conectadas con aspectos legales, tratamientos, etc. (8).

La relación médico-paciente se aleja de ser espontánea y estática (7) y los psiquiatras presentan una preocupación constante por mantener cultivado el “*éthos*”, la fuente de enriquecimiento moral (9), la “*episteme*” platónica.

Hoy en día se está objetivando la medicina en general y la psiquiatría en particular. Se habla de enfermedades y no de manifestaciones de las mismas en cada paciente, así como de una clásica dualidad cuerpo-mente y no de un modelo integrativo. De este modo, se corre el riesgo de quedar encasillado de por vida, bajo el peso de una serie de desventajas sociales e incluso legales (7) así como de dificultar el proceso diagnóstico y oscurecer la evidencia de tratamientos efectivos (10).

A continuación, se va a tratar la psiquiatría desde el punto de vista humanista, filosófico y ético sin perder de vista la concepción histórica y psicobiológica de las enfermedades mentales, así como los problemas sociales que van ligados a la patología mental, en concreto con el lenguaje psiquiátrico. Se pretende por tanto evadir las reglas destinadas a producir una conducta normalizada, estandarizada, caracterizada por el culto a la salud y el miedo a la enfermedad, a la medicalización de la existencia y a la consagración del psicologismo (11).

## **CONCEPCIÓN HISTÓRICA DE LA MEDICINA Y ÉTICA APLICADAS A LA PATOLOGÍA MENTAL**

*Los locos, que son genios, completan la psicología defectuosa del equilibrio mundial.*

- Hesse H., El lobo estepario (1927) (b).

La preocupación por la ética de la actuación médica data de la época griega, de la llamada revolución hipocrática, del paso de la “*physis*” al “*logos*”. No obstante, esta medicina está ligada al arte en tanto se refiere al ser humano. En el juramento hipocrático se observa esta subjetividad, experiencia vital y entorno (12); sin embargo, respecto a la especialidad psiquiátrica, en el texto hipocrático no se menciona la locura (13). Con anterioridad al pensador de Kos (siglo V a.C.), la concepción helénica apoyaba un “*instinto de auxilio*”, siempre y cuando el paciente lo aceptase y lo cumpliera personalmente. Asimismo, entre médicos alejandrinos se cultivó

la noción de “filantropía” entre los quehaceres del médico para convertirse en hombres virtuosos, hombres verdaderos (14). Por otro lado, el discípulo de Platón, el pensador Aristóteles confiará en la virtud intelectual de la sabiduría práctica (“phronesis”), en la capacidad de discernimiento moral para llegar a la excelencia (estado del carácter que hace a una persona buena y que hace que realice su trabajo bien). Tanto Aristóteles como sus predecesores Platón y Sócrates consideraban la medicina como una herramienta pedagógica (13), pudiendo realizar el paralelismo con la enfermedad mental en cuanto el psiquiatra debe enseñar a sus pacientes las manifestaciones de lo que padecen para que él mismo pueda construir un camino hacia su bienestar.

Como idea final, la sociedad médica griega no entendía la salud sólo como ausencia de enfermedad, ya que el médico debía procurar también que su paciente lograra una “enekén hygieiés” (bienestar físico y espiritual) para poder llegar a la “sophrosine” (sensatez o sabiduría) (12). Esta idea se relaciona con la definición de “salud” de la OMS mencionada anteriormente, en cuanto se considera la salud como el conjunto de la trilogía bienestar físico-mental-social para el correcto funcionamiento del individuo.

Empero, durante siglos los pacientes psiquiátricos fueron tratados aleatoriamente hasta el desarrollo de hospitales primero y más tarde la estructuración de la profesión dedicada a la salud mental (14).

En textos cristianos como la epístola 189 de San Basilio de Cesarea a su médico (siglo IV d.C.) (12) se hace referencia a la psiquiatría: Amigo, en ti la ciencia (médica) es ambidextra, por cuanto dilatas los términos de la filantropía y no circunscribes a los cuerpos el beneficio de tu arte, sino que atiendes también a la curación de los espíritus. De hecho, los términos “philia” y “ágape” en griego significan amor y amistad.

No obstante, en la Edad Media la psiquiatría no sufrió avances, sino que los locos eran considerados amados por Dios. La tradición judía refleja en el Talmud (siglo V d.C.) a los locos como víctimas de una enfermedad y no de una posesión (14). Se trataba de aliviar el sufrimiento, en maristanes o en salas especiales de los hospitales islámicos (siglos VIII-XII) (15). Por otro lado, las órdenes cristianas proporcionaban un tratamiento humanitario limitado fuera de los monasterios. Todo esto fue acompañado por la reducción de los recursos debido al decaimiento del Imperio Romano. Hacia el final de la Edad Media se crearon hospitales para enfermos mentales, con médicos y cuidadores humanitarios, los cuales se iban a multiplicar significativamente en los siglos XVI y XVII (14).

Cuando llega el pensamiento ilustrado a la medicina, destaca la preocupación por el respeto a la autonomía individual (Locke, Kant) (15), pensamiento que coincide con el platónico: “el médico no sólo tiene el deber de curar sino de ilustrar a sus pacientes” (12). Sin embargo, desde la edad moderna, en nuestra cultura se ha negado tajantemente la condición humana del enfermo mental, a quienes no les conciernen derechos ni principios éticos.

Mendiburu L. (14) destaca al Dr. Philippe Pinel (siglo XVIII), quien adoptó actitudes más humanas que sus predecesores, pues consideraba que eran precisas pocas restricciones siempre y cuando fuera el respeto lo fundamental hacia la individualidad y dignidad del paciente. Un contemporáneo, el Dr. Thomas Percival fomentó las inspecciones de los manicomios para garantizar una correcta asistencia, para aquellos enfermos con un certificado médico, y una protección legal de los pacientes. También alude al caso Packard, que sirvió a modo de campaña para evitar que cualquiera pudiera ser internado simplemente por expresar unas opiniones que acaso fueran contrarias a otras. González O. (15) también destaca al coetáneo Chiarugi, quien rechazó los métodos que se basaban en la custodia y las formas de sujeción física, y en su lugar propuso terapias que trataban como humanos a los considerados locos. En el siglo XIX en Inglaterra tuvieron lugar simultáneamente las reformas liberadoras

de Connolly en el manicomio de Hanwell y la eliminación de la sujeción física por Hill en el manicomio Lincoln Asylum.

A partir del siglo XX se produce la transición de la aceptación pasiva de los pacientes a formas activas de ayuda a la comunidad (7). A pesar de este cambio, los psiquiatras alemanes de entreguerras calificaron a los enfermos mentales como “conchas vacías” o “vidas sin valor”, consideraciones que no distan mucho de la equiparación de los enajenados con animales feroces de nuestro Código Penal 1848-1933.

Antes de 1970, como se expondrá más adelante, no se encuentran libros, congresos, revistas, etc. con motivo de bioética (15), y mucho menos aplicada a la psiquiatría. No obstante, sí que se produjo en la segunda mitad del siglo pasado un movimiento que propulsaba las prácticas asistenciales psiquiátricas éticamente fundadas, la llamada “antipsiquiatría” o “psiquiatría crítica”, en la que destacan autores como Basaglia, Cooper o Szasz. La relación con el enfermo nace desde la premisa de que su condición anterior de persona no se anula ni se agota en el encierro o la enfermedad.

Desde los años 70 se ha analizado la ética en la psiquiatría, pudiendo hablar, como hace Mendiburu L. (14), de una nueva disciplina. Se considera el papel del terapeuta, la naturaleza u origen de la patología mental, y el entorno (cultural, religioso-espiritual, y social) en el que conviven tanto el paciente como los profesionales asignados. Más tarde se configurará el primer código de ética de la WPA (Asociación Mundial de Psiquiatría), la Declaración de Hawaii I y II (1977 y 1983), además de la Declaración de Madrid (1996), proporcionando derechos y protección legal de los enfermos mentales, así como una lucha por un tratamiento justo y equitativo (16). También podemos destacar el primer trabajo relativo a la ética profesional de la APA (American Psychiatric Association) de 1973 (15).

De este modo, tanto la práctica profesional como la investigación, ambas ramas básicas y fundamentales de la medicina, se ven condicionadas con el paso de los años por los fundamentos éticos, pero también legislativos, políticos y sociales (15). Llega la ilustración que antes nombramos, llega la preocupación por la autonomía de Locke y Kant. No obstante, en la profesión médica en general y en la especialidad de psiquiatría en particular, la bioética requiere de mayores y profundas investigaciones que proporcionen tanto al profesional como al paciente de habilidades de empatía y comprensión para facilitar la relación médico-paciente, y el desarrollo de medidas aliviadoras del sufrimiento que supone la enfermedad mental, sin olvidar la necesidad de conjugar la bioética y la psiquiatría.

## **PSICOBIOLOGIA Y PSIQUIATRÍA**

*Cuerpo y alma no se pueden separar a efectos del tratamiento, pues son uno e indivisible, además de los cuerpos enfermos han de sanarse las mentes enfermas.*

- Dr. Miller F.(siglo XXI).

A veces la sociedad olvida o pretere la condición humana del enfermo mental. Psicopatológicamente podemos exponer el aserto de Griesinger (15). Según este autor, la enfermedad mental es un síntoma provocado por un padecimiento del cerebro, reduciendo la patología a una máquina disfuncional, averiada, sin sentido ninguno. Se niega entonces la simbolicidad de la misma. De acuerdo con esta versión, medidas como el encierro o la sujeción mecánica y química estarían justificadas. En cambio, el enfermo mental es mucho más. Se requieren modelos de naturaleza psicosocial, que fragmenten el sujeto y que definan campos de reflexión e intervención, que liberen al sujeto de conceptos puramente biológicos y tengan en cuenta su relación con el entorno. La posibilidad de locura sólo se conoce en el ser humano, y es este el ser vivo capaz de reflexionar con el resto del mundo que le rodea y poder adaptarse al mismo. Podemos entender la enfermedad mental entonces como

desadaptación o desconexión al mundo real. De hecho, la patología psíquica no es sólo carencia o incapacidad, sino también predisposición a la genialidad, heroísmo y singularidad, entre otras características (12).

Se tiene esta reflexión de filosofía psiquiátrica o investigación interdisciplinaria mediante la observación y comprensión de los fenómenos psicopatológicos (17) y que se aleja de la psiquiatría biológica. Se habla pues de un todo, un conjunto en el cual la enfermedad mental afecta a un organismo al que le impide su correcta relación con el medio que le rodea, dependiendo el contexto de la experiencia vital. Vallejo-Nágera JA. (c), en su libro “Concierto para instrumentos desafinados” lo expresa de manera metafórica: Las enfermedades psíquicas pueden deteriorar la mente dejando intacto al corazón. Dejando intacto al corazón, dejando intacto el hecho de ser persona y no dependiente de una realidad que quiere controlar al enfermo mental. Esta corriente filosófico-psiquiátrica no apoya la puramente epistemológica biomédica, sino que pretende conservar la autonomía del carácter de lo mental y que debe ser entendida en términos de trastornos de conciencia, intencionalidad y racionalidad, es decir, debe ser explicada en un nivel personal, con un vocabulario intencional. Todo esto de manera genérica, siempre teniendo en cuenta que hay trastornos psiquiátricos que dependen de los vectores subyacentes a la personalidad (una personalidad con vector emocional predominante tendrá más posibilidades de desarrollar un trastorno bipolar, y una con vector cognitivo/operativo, de un trastorno de voluntad como el Trastorno Obsesivo-Compulsivo o TOC) (2); y otros que tienen una base biológica, neuronal y física.

Siguiendo este último punto se puede comentar el caso de la esquizofrenia, donde mundo interior y exterior adquieren una nueva significación (5) desde unos pilares cerebrales y que derivan en una desconstrucción de la relación del paciente con el medio en el cual está inserto, perdiendo la certidumbre del contexto que lo rodea. Los problemas psiquiátricos vienen como hemos dicho de la relación del paciente con el contexto y negar esto es negar el sufrimiento de la persona. En este tipo de entidades, con frecuencia el enfermo pasa a ser un incapaz biológico y moral, y en este punto entra en juego el paternalismo médico siempre queriendo lo mejor para el paciente y respetando su autonomía ante todo, incluso en pacientes que nunca han sido competentes o que se han vuelto incompetentes y no han dejado instrucciones (5).

Dentro de la psiquiatría se tiene que valorar la heterogeneidad y metamorfosis de cada paciente (18): los periodos, antecedentes y escenario previo y cómo todo influye en la evolución de cada paciente, así como de qué manera los nuevos escenarios vitales pueden influir en el desarrollo personal de cada uno. Los enfermos no siempre están instalados en su deficiencia o patología pese a ser en su mayoría entidades con tendencia a la cronicidad, por lo que es necesario una exploración detallada en cada momento y para cada decisión, y no basarse en un diagnóstico, mucho menos definitivo. Usar cada diagnóstico como excusa o explicación racional para todo, como fin y no como paso al tratamiento correcto, es uno de los errores que se cometen en Medicina, y también en la sociedad como control y sometimiento. Un diagnóstico debe aportar información sobre las causas del problema y su posible solución, si no lo cumple es una etiqueta (19). Hay una necesidad patológica de llegar a un diagnóstico en el que se ignora o simplifica el hallazgo de estructuras psicopatológicas subyacentes, y se evita la relación médico-paciente, anulando las posibilidades de un auténtico conocimiento del paciente en sí mismo (11), y que influye en la toma de decisiones en torno a la red coordinada y ramificada de tratamientos disponibles y entre las cuales se debe saber diferenciar entre calidad de vida y restablecimiento de las funciones alteradas o perdidas (5). Además, se debe personalizar al máximo los tratamientos en función de cada paciente y tener prudencia al aplicar protocolos de actuación en líneas generales en el ingreso, puesto que cada paciente es único y con distintas manifestaciones dentro de una misma entidad (Roque MV.: El médico que ante un nuevo cuadro sintomático se

limitara a seguir las reglas establecidas de antemano, seguramente prescribirá un tratamiento equivocado; por otra parte sería irracional que el médico se ciñera sólo al caso particular, sin tener en cuenta la validez y la capacidad clasificatoria de lo universal. (19)).

El hecho de cómo el diagnóstico puede controlar la vida de una persona y marcar todos sus actos, motivos o acciones lo explicó de manera muy certera Rosenhan en su estudio “On being sane in insane places” (20). En este artículo expone cómo personas sanas ingresaron tras afirmar oír voces bajo el diagnóstico de esquizofrenia. En los múltiples estudios y entrevistas muchas de las historias sobre la historia de los falsos pacientes y muchos actos que realizaban o cómo se comportaban en el ingreso (comportamientos que en otro contexto y lugar pasarían por hábitos convencionales) se afirmaban o justificaban por el diagnóstico de esquizofrenia.

Por todo ello, la psiquiatría constituye una especialidad humanista cuyo epicentro es la reflexión sobre el hombre, sus valores y la relación personalizada del mismo con la sociedad y consigo mismo. En las consultas de psiquiatría, los fundamentos diagnósticos son las relaciones médico-paciente-familia, que son asimétricas y complementarias, mediante una reflexión continua del psiquiatra sobre el componente ético de sus acciones. Sin embargo, el psiquiatra debe en todo momento tener en consideración las fronteras de esta relación y guiarse por el respeto al paciente y la preocupación por su bienestar e integridad, como dice la Declaración de Madrid (6,9,12, 21).

El psiquiatra tiene la difícil tarea de discernir en la dicotomía sano-patológico que caracteriza a la medicina, siempre queriendo formalizar unos límites muy precisos, cuando síntomas como la ansiedad o el dolor puede llegar a ser beneficiosos y formar parte de la supervivencia humana. El establecimiento de la competencia mental y la diferenciación patología-personalidad implica una gran responsabilidad porque puede haber partes interesadas que distorsionen voluntariamente la información, unas construcciones sociales que abogan en un consumismo sociosanitario con exageradas pretensiones de medicalizar la inadaptación y el sufrimiento, mediante la exclusión, la deshumanización y desacreditación, y el castigo. Aquí entra en juego la científicidad y criterio médico del trabajo interdisciplinario y en la praxis de la unidad médico-comunidad (6,8,9,11,17).

La persona enferma está presenta mayor dependencia y ansiedad, y está vulnerable y abierta a ser explotada, y cuando acude al médico es el privilegio del mismo, no el problema. Es la fuente de la sintomatología, la base de la vocación médica. Todo él son signos y síntomas, y las exploraciones son muestra de su intimidad y pretexto. Puede haber una gran dependencia o “transferencia” del paciente al profesional (el paciente piensa que el psiquiatra es el que más sabe de su enfermedad cuando el que realmente la conoce es él mismo) por lo que el manejo tan prudente de la medicina en psiquiatría debe realizarse desde el mutuo acuerdo, confianza, cooperación y confiabilidad, así como con adherencia y respeto (4,12,13), para que el psiquiatra pueda hacerle entender al paciente más detalladamente su competencia, con una gradación continuada en la toma de decisiones y ver el potencial de la enfermedad mental para distorsionar las capacidades de comprensión y actuación en cada tipo y momento de la enfermedad (22).

Como conclusión se puede decir que la relación con el enfermo se establece desde el supuesto de que su condición humana como persona no se anula ni se agota con la enfermedad, y que el comportamiento ético del psiquiatra se basa en la responsabilidad individual y colectiva teniendo como base los códigos de conducta profesional. Empero, pero sin hacer de ellos unas rígidas vías de actuación y sin olvidar la complejidad y vulnerabilidad de cada paciente y manteniendo el equilibrio compasión-objetividad, que son intrínsecos al fin de la sanación en medicina (5,13,15,16). Frankl V. (d) lo deja claro en “El hombre en busca de sentido” con las



siguientes reflexiones que podemos aplicar a los profesionales de la psiquiatría: Nadie es conocedor de la esencia de otro ser humano si no lo ama; La salvación del hombre sólo es posible en el amor y a través del amor.

### **PRINCIPIOS ÉTICOS EN PSIQUIATRÍA. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

*No es el sufrimiento en sí mismo el que hace madurar al hombre, es el hombre el que da sentido al sufrimiento.*

- Frankl V. El hombre en busca de sentido (1946) (d).

La medicina, como dijo Osler (11) es la ciencia de la incertidumbre y el arte de la probabilidad. Por ello, como se ha reflexionado con anterioridad, automatizar el diagnóstico constituye una mediocridad y una ordinariez, al fijarse sólo en lo general y externo, entorpeciendo el pensamiento médico. Además de la conducta científica, la medicina en general y la psiquiatría en particular se sustentan en unos principios éticos al estar íntimamente relacionados con el comportamiento y funcionamiento humanos. Las emociones y los juicios morales son factores inseparables de la evaluación médica y ética, por lo que esta última constituye la forma más humanística de la medicina (21).

La dimensión ética del ejercicio profesional, pese a estar presente en cualquier actitud médica, se refleja mayoritariamente cuando los valores están confrontados o en situaciones dilemáticas, como pasa en las enfermedades mentales (5). Los principios morales funcionan de este modo para evitar discrepancias y errores en las relaciones interpersonales intrínsecas a la práctica médica, orientando al médico hacia deberes y virtudes que desarrollan y fomentan los mejores intereses para el paciente y para el profesional, y transformando finalmente la medicina en su visión más universalista de la sociedad (7, 23).

A continuación, se van a exponer los cuatro pilares que sostienen la ética médica, aplicada a la psiquiatría. Son los principios morales o reglas bioéticas, que no forman un sistema o teoría moral, mas proporcionan un marco mediante el cual se pueden identificar los problemas morales y reflexionar sobre ellos, individualizando a cada paciente. La principal dificultad de su aplicación recae en la diversa contextualidad del ejercicio médico (24).

A lo largo de la historia se han sucedido varios códigos éticos occidentales en medicina hasta llegar al siglo XX y a la revolución de la ética aplicada. Los documentos que se crean entonces tienen el propósito de proteger y promocionar a los psiquiatras, autorregular su profesión, así como sensibilizarlos de la dimensión ética de su práctica diaria (9).

En 1967 se redacta la Carta de Nuremberg por parte de la Asociación Mundial de Medicina, en la cual se cita que el paciente debe estar seguro de que la información revelada a su doctor y sus colaboradores será mantenida en secreto, sin hacer caso de cualquier obligación del doctor con la sociedad, revelando la necesidad del consentimiento voluntario del paciente, naciendo de este modo el principio de autonomía, como se expondrá a continuación. Más adelante, en la Declaración de Helsinki de 1975 se señala que el interés del individuo debe siempre prevalecer sobre el interés de la ciencia y de la sociedad. Junto con el Informe Belmont en 1978, se acaban de integrar la autonomía con los principios de beneficencia y justicia. En 1979 sale a la luz Principles of Biomedical Ethics (Beauchamp y Childress), que profundiza el informe Belmont y agrega el principio de no maleficencia originario de la ética hipocrática. Se inicia de este modo el principialismo anglosajón, vigente en la actualidad. También se pueden destacar los principios descriptivos de Kemp (1998): dignidad, integridad y vulnerabilidad del paciente (11,14,17). Durante el proceso de creación y maduración de este sistema ético de principios, en 1973 la Asociación Americana de Hospitales crea la Carta de los derechos de los enfermos, donde se reconoce pública y claramente los derechos de los enfermos, constituyendo una nueva actitud en la asistencia

médica: los enfermos son agentes autónomos y libres, capaces de tomar sus propias decisiones; se pasa de este modo del paternalismo a una ética de autonomía y de consentimiento (14).

Subsiguientemente se van a tratar los cuatro principios básicos en la psiquiatría.

En primer lugar, está el principio de justicia. Este está formado por los fundamentos morales, legales y culturales definidos por los términos de cooperación social que hacen que una persona sea tratada con arreglo a lo equitativo, lo conveniente o lo debido al concepto de justicia distributiva (7,24). En psiquiatría no hay dos pacientes iguales, pero estos dos pacientes deben ser tratados con el mismo coraje, valor y amor, sin hacer diferenciaciones por cuestiones de sexo, edad, raza o procedencia. Tampoco se deberían realizar diferencias entre grupos de enfermedades en las bases del tratamiento médico, mas considerando las claras divergencias que requiere cada enfermedad. También se puede reflexionar en este punto las tensiones que puede haber en la conducción de la investigación, que pueden sobrepasar el ámbito meramente cognitivo y se superponen con valores como la justicia, el bienestar y la libertad, así como la política o la economía. Todas las enfermedades requieren la misma atención y capacidad de interesar a los investigadores.

Seguidamente se encuentra el principio de no maleficencia (*primum non nocere*) (7,24), el cual afirma que cualquier daño producido intencionadamente o por negligencia es un mal moral fundamental, así como la omisión de ayuda en caso de necesidad. En el ámbito de la psiquiatría podemos hablar de la utilización de medicamentos psicotropos en pacientes que son agresivos, sin una base psicopatológica clara, por ejemplo. Este modo de actuación puede ser el adecuado en ciertos pacientes con ciertas patologías, pero puede ser perjudicial para otros. Los psiquiatras pueden provocar un perjuicio cuando no detallan adecuadamente una historia clínica, prescriben a la baja o al alza dosis de medicaciones, no tienen en cuenta los posibles efectos secundarios de las mismas, etc.

Por otro lado, el principio de beneficencia constituye el logro del bienestar pleno de los pacientes, de aliviar el sufrimiento que la enfermedad les hace padecer. La enfermedad mental no es equivalente a violencia, y esto muchas veces supone un estigma que infravalora el principio de beneficencia en el trato al paciente psiquiátrico (24,25). Hay muchos más factores relacionados, no por ello se debe coercer este principio como se ha dicho, y se debe ser cauto a la hora de instaurar el tratamiento porque no sólo es la enfermedad, sino el comportamiento y evolución de la misma en cada paciente y en el contexto de este, para prevenir posibles daños, eliminar o minimizar el dolor y la discapacidad, y propiciando una colaboración paciente-sociedad.

Una de las motivaciones para querer separar la no maleficencia de la beneficencia es que estas pueden entrar en conflicto cuando un profesional debe producir un beneficio y evitar un mal, y no puede lograr ambos. Se pueden exponer varias situaciones, como la prescripción de fármacos que el paciente debe tomar para aliviar el sufrimiento que la enfermedad le produce, pero que le producen una serie de efectos adversos que no se pueden evitar. Otro escenario es la participación de psiquiatras en procedimientos legales en los cuales se abandonan los principios éticos tradicionales y se puede trasladar al paciente a un estado de perjuicio cuando el psiquiatra lo que quiere es proporcionarle un bien. Este problema se ha visto que se mueve más allá de la clínica y terapéutica y puede llegar a competencias legales, como en los casos de un internamiento forzoso o de la limitación de la libertad de movimientos, de los cuales se hablará más adelante junto con la autonomía disminuida.

El último principio y el más discutido de los cuatro en la práctica psiquiátrica es el principio de autonomía (4,5,8,15,17,21,23-27). Este principio incluye el respeto a las personas y a su plena capacidad de deliberación y protección ante el daño o abuso en circunstancias de vulnerabilidad y dependencia física, mental o social,



requiriendo una protección específica sin llegar al extremo del paternalismo médico. El reconocimiento de la autonomía del paciente sustenta el derecho del mismo a consentir o rechazar lo que el profesional le propone como vía de actuación o de tratamiento, así como la decisión de quién puede acceder o no a sus datos más privados. En psiquiatría los pacientes son frágiles y pueden sentirse más expuestos, menos libres y más observados, disminuyendo de este modo su intimidad, y mermando su autonomía hasta un momento de autonomía disminuida, del mismo modo que la enfermedad y sus secuelas pueden disminuirla. La oposición del paciente a ciertas actuaciones y la sensibilización y rigurosidad de la profesión son claves en el mantenimiento de la autonomía. El paciente tiene que ser libre ante coacciones externas por parte de la sociedad y de la medicina, siendo el papel de esta la información y el acompañamiento al paciente en las diferentes alternativas terapéuticas que se le ofrezcan.

Los principios de autonomía y beneficencia, al igual que se ha visto con anterioridad con los de no maleficencia y beneficencia, pueden entrar en conflicto, pudiendo llegar al paternalismo o limitación intencionada de la autonomía. Berlinguer (en 8) refiere que beneficencia y autonomía tienen un fundamento ético diferente, ya que la beneficencia orienta a los fines morales a los cuales la medicina se debe dirigir, mientras que la autonomía afirma que cada sujeto tiene capacidad y derechos propios, sin poder ser manipulado por otros.

Hay situaciones paternalistas que pueden considerarse adecuadas éticamente en psiquiatría, siendo de atención urgente. No obstante, siempre deben requerir una reflexión puesto que se ponen al límite los principios de los que se ha estado hablando (beneficencia, no maleficencia y autonomía). Algunos casos en los que los intereses clínico-terapéuticos paternalistas hacen que los daños que se evitan a la persona son mayores que las afrentas causadas en la interrupción de su libertad son aquellos en los que se intenta evitar un daño a la integridad física o mental del paciente mismo o de la sociedad: internamientos forzados, detenciones de intentos autolíticos, reanimaciones, ocultación de información médica, intervenir farmacológicamente o quirúrgicamente sin conciencia del paciente, impedir la libertad de movimiento como medida terapéutica o como ayuda a otras intervenciones, medidas de aislamiento, etc. Se debe abrir un debate en el que se discuta si es realmente la persona o la naturaleza de la enfermedad la que comente cada acción, pues si es la persona se está actuando en contra de lo más humano posible como es la autonomía, la libertad; se debe matizar cada caso equilibrando una serie de factores y condicionantes, y se debe realizar en cualquier caso una reflexión moral por parte del psiquiatra y su equipo profesional para tener siempre que sea posible la voluntad y criterio del afectado.

El alcance pleno de la autonomía en psiquiatría es trabajo de todos, conlleva una corresponsabilidad: paciente, profesionales, familia y sociedad. Un paciente puede empezar terapia con una capacidad de autonomía baja y aumentar con el paso del tiempo. No pasaría nada si no se llegara a una autonomía integral, siempre que el paciente sepa qué quiere lograr y cómo desea hacerlo. La confianza y el aprendizaje son mutuos.

La autonomía se consolida con la utilización del consentimiento informado, cuya importancia traspasa límites en el caso de la psiquiatría, pues el estudio de la mente humana es complejo y se dan casos de real dificultad en el proceso de transmitir la información en estos pacientes. La valoración del psiquiatra está dirigida de este modo a legitimar la voluntad y autonomía mediante el consentimiento informado para evitar coacciones externas o abusos de comprensión o intencionalidad. Se reconoce de este modo la información clara proporcionada por el médico y precedida de la motivación, evaluación y consenso adecuados a cada paciente, para establecer una adecuada relación médico-paciente y compartir un conocimiento pleno de los riesgos y beneficios de cada práctica clínica, mediante una participación y comprensión recíprocas.

El consentimiento informado tiene una serie de características: confidencialidad, fidelidad, objetividad, honestidad, información y voluntariedad, entre otras. Por esto, siempre se debe valorar y revalorar a los pacientes para comprobar que sean mentalmente competentes para comprender, y siempre respetándose su autonomía, hasta donde su competencia le permita, pedirle permiso para compartir su caso con familiares u otros colegas de profesión; puesto que muchas veces su reducida capacidad de toma de decisiones limita su autonomía, y esta reducción puede legitimarse descansando sobre la aplicación de otros principios éticos, como la beneficencia o la no maleficencia.

A pesar de ello, este consentimiento puede verse afectado por una serie de factores que reducen la autonomía recientemente explicada, como son la compulsión (interna: neurosis, obsesiones, etc.; o externa: riesgos o amenazas) y la ignorancia o creencias erróneas por parte del paciente y del profesional.

Sin embargo, el consentimiento puede reducirse a una firma, que tiene una única dimensión instrumental y testimonial de un proceso cuyo contenido es lo verdaderamente importante: contenido verbal, relacional, deliberativo, comunicativo. Se trata de escuchar al paciente, que en psiquiatría es especialmente vulnerable, responder a sus interrogantes, aliviar sus temores, evitar la sobreprotección y el paternalismo, reconocer el derecho al tratamiento y a la negación del mismo, y sobre todo respetar sus opiniones y distintos puntos de vista. El derecho de un paciente a expresarse de forma libre exige todas estas acciones por parte del receptor, del médico que lo escucha y acompaña.

Como recapitulación, puede decirse que el objeto tradicional de la medicina, ese cuerpo fragmentado y sumiso a la naturaleza de las enfermedades y a las acciones del físico, se ha transformado en un ser que piensa, que reflexiona y que tiene capacidad de ser autónomo y capaz de tomar sus propias decisiones, siempre basadas en una adecuada recopilación de información veraz acerca de su salud y enfermedad. Debe tenerse en consideración como ser que cambia, que fluye, y que, dependiendo del contexto y de la patología mental, va a fluctuar su estabilidad y va a variar el grado de posesión de sus capacidades, sin reducir la capacidad decisoria a competente e incompetente.

### **ÉTICA, PSIQUIATRÍA Y SOCIEDAD**

*Cuando yo examino todas las ideas de los hombres, los absurdos que ellos pueden decir y sus ideas más extravagantes, quedo como avergonzado y me parece que nuestros enfermos están a menudo menos locos que sus semejantes.*

.- Dr. Leuret F.(siglo XIX).

La enfermedad mental ha sido considerada a lo largo de los años como un tema tabú, que genera rechazo e incomodidad. El pensamiento mágicoprimitivo e incluso el racional son los promotores de crear un estigma para aquellos con una pérdida o distorsión del sentido de la realidad, cuando la “locura” es la representación de lo que la razón humana puede ser, es la adaptación que ciertas personas tienen a una realidad amenazante y cambiante. En algunas culturas y sociedades se mantiene el respeto hacia los individuos que perciben otras realidades, como medio espiritual. Por otro lado, las sociedades tecnificadas no han superado el miedo ancestral a la sintomatología mental y a la recuperación mediante la ciencia de las personas que han podido perder su capacidad de autogobierno (7). Esta pérdida de comprensión y aceptación de la situación real de los pacientes psiquiátricos limita su posibilidad de ayuda, y crea una nebulosa de curiosidad y escepticismo.

Por otro lado, el manicomio ha sido (y continúa siendo) la institución central de la Psiquiatría, la cuna de la enfermedad mental (la “locura” antigua) y del discurso psicopatológico (15), y un instrumento de defensa social mediante el almacenamiento, que no tratamiento, de los enajenados (reales o supuestos, como se ha visto en el estudio de Rosenhan (20)). La indignación ante la realidad de estos centros, que se basaba en el encierro, miseria,

malos tratos, etc. impulsó el pensamiento ético y más adelante el legal. Como dijo Amarante (1995) (15): Conseguir el reconocimiento de nuevos sujetos de derecho y de nuevos derechos para los sujetos, de nuevas posibilidades de ser sujetos, para aquellos que fueron convertidos en objetos por el saber y la práctica científicas. En “Concierto para instrumentos desafinados”, Vallejo-Náguera JA. (c) también lo expresa de forma más literaria: En los manicomios, como en todas partes, se encuentran ángeles y demonios. Hay que saber identificarlos. A los demonios es fácil porque atormentan. Los ángeles, por ser silenciosos, con frecuencia pasan inadvertidos. Pero más o menos enfermos, ángeles o demonios, los pacientes deben ser tratados con unos consistentes cimientos éticos, que aseguren su condición humana ante la enfermedad, su valor como persona ante la semiología, para que, como diría la filosofía platónica, puedan salir de la caverna y descubrir el poder de la luz cegadora.

Si se expone el binomio medicina-ley, se evidencia que tienen orientaciones distintas (24). Mientras que la ley se dedica a la existencia de daño y/o negligencia, privación de libertad, etc., la medicina se preocupa de evitar estos daños, así como de suministrar beneficios a la sociedad. Como exponen González J. et al (26), conviene separar la intervención en materias penales (evaluación de las bases psicobiológicas de imputabilidad) de las valoraciones civiles (interés en proteger al enfermo en la medida en que el conocimiento de la enfermedad mental permite establecer medidas para proteger su patrimonio o poder autorizar tratamientos orientados a la restitución de su salud). También es necesario evitar revelar la información relativa a un paciente a autoridades sin consentimiento de este simplemente por tener esta una enfermedad mental; se trata de una violación de la confianza que deposita el paciente, y del secreto profesional (6).

También es necesario comentar la capitalización de la enfermedad mental, desde el siglo XVI donde la aparente locura de la primera reina de Castilla y Aragón la separó del control económico y político de sus posesiones hasta el día de hoy donde la privatización de la salud mental aísla a una mayoría a no poder controlar su vida por falta de recursos. La escasez de profesionales y medios y la actitud pasiva y sumisa ante los imperativos de la industria farmacéutica (15) ante la mayor visibilidad (aunque escasa aún) de la enfermedad mental y sus pacientes representa un lastre en el desarrollo de nuevas vías de ayuda y tratamiento. Una adecuada profilaxis de la enfermedad mental y un adecuado tratamiento empírico previo al desarrollo de complicaciones prevendría en muchos casos la cronificación y dependencia a largo plazo del sufrimiento, así como la ayuda para tratar los factores que favorecen una enfermedad mental.

Uno de estos factores es la situación económica de Lellis (8) expone esta brecha del tratamiento que afecta a las poblaciones más desfavorecidas. Debe romperse el círculo que vincula la desigualdad social y el padecimiento mental, y restablecer el foco de prioridades sobre los colectivos económicamente afectados, que están expuestos a un conjunto de factores estresantes en su vida que afectan a su salud física y mental. Uno de los puntos principales de las políticas de salud debe ser el tratamiento de la salud mental, pero también de la desigualdad social. Uno de los principios éticos anteriormente expuestos, el de justicia, aboga por una distribución equitativa de los recursos sanitarios como fundamento de salud, y así se conduce a actos éticos, a través de la moral, el campo jurídico, social, económico y político (15).

El psiquiatra, como parte de la sociedad, tiene una responsabilidad basada éticamente y tiene la capacidad de decidir el mejor tratamiento. Como afirma la Declaración de Madrid (10), las directrices y normas externas como son los códigos deontológicos, así como las normativas legales, no garantizan por sí solas la práctica ética de la medicina. En esta relación juega un papel crucial la familia, puesto que es protagonista la mayoría de las ocasiones en la recepción de la información y en la toma de decisiones. El paciente siempre es el individuo

principal, pero la familia, si está presente, es la institución de cuidado posterior más eficiente. Es deber por tanto de los profesionales atender las necesidades de la familia, explicándole las decisiones, las modalidades de ingreso acopladas a cada paciente, y cuidando sus requerimientos (5,11,12,15,21).

En conclusión, la sociedad, como hace con todo, clasifica, acota y reduce las capacidades y posibilidades humanas de los enfermos mentales. Además, el rechazo social a la patología mental cataliza el desarrollo de la patología en sí misma, al no poder llevar una vida cotidiana y alejarse de los cánones establecidos. A esto se le suma la mayor sensibilización mediática que contribuye a una mayor vulgarización científica, que añade temor, segregación y rechazo por ignorancia. Por ello, es necesario el derecho a la igualdad y a la no discriminación, a la integración física y moral, a la libertad, a la intimidad, a la vida, y verificar la legitimidad de las prácticas médicas y más aún si están en relación con la salud mental.

### **PSIQUIATRÍA Y LENGUAJE**

*El lenguaje es, de un cabo a otro, discurso, gracias a este poder singular de una palabra que hace pasar el sistema de signos hacia el ser de lo que se significa.*

.- Foucault M. (siglo XX).

El lenguaje es un arma poderosa, capaz de tener un impacto en la vida de las personas que reciben el mensaje y en nosotros mismos debido a la capacidad de reflexión que tiene el proceso verbal. Es particularmente importante en el contexto de la patología mental, por lo que es vital que las palabras se usen de un modo correcto y adecuado a la situación comunicativa, con optimismo, apoyo y fomentación de la recuperación, así como con autenticidad, transparencia, sinceridad y teniendo en cuenta la diversidad cultural, la edad del paciente, su formación, entre otros.

El Mental Health Coordinating Council publicó una guía sobre el lenguaje orientado a la recuperación (28) en la cual afirma que ningún paciente debería ser definido por su condición de salud mental o sus dificultades psicosociales, sino que debe ser respetado como un individuo más. Para ello da una serie de consejos sobre el lenguaje que debemos utilizar. El lenguaje debe ser genuino, respetuoso, sin prejuicios, claro y entendible (adecuado al paciente), consistente, sincero y basado en realidades. Esto da la oportunidad de reflejar la diversidad de la enfermedad mental, poder establecer relaciones de confianza con pacientes jóvenes que todavía no saben a lo que se están enfrentando, y con pacientes de edad más avanzada que intentan explicar sus vivencias, sufrimiento e identidad desde el lenguaje. Todo ello sin negar la palabra del interno, pues es la palabra lo que diferencia al ser humano del resto de animales.

Otro punto interesante del que hablar es cómo las entidades se refieren a las enfermedades. Richards V. (29) expone los cambios que se han ido produciendo en el manual DSM con respecto a algunas patologías con el fin de reducir el estigma social a las mismas. Un ejemplo de ello es el paso de depresión maníaca a trastorno bipolar.

Finalmente, es de vital relevancia reflexionar sobre el uso que muchos términos médicos referentes a la patología mental tienen en la sociedad de hoy en día. La palabra “normal” muchas veces, incluso entre profesionales, se emplea en vez de “sano”, y los enfermos mentales, al igual que un diabético, también son normales en el sentido estricto de la palabra, aunque no estén sanos. Asimismo, ciertos términos se utilizan livianamente, fomentando el estigma y restando importancia a lo que realmente significan médicamente y para los pacientes y familiares. Ejemplos de ello son los vocablos “loco”, “depresión”, “bipolaridad” o “schizo” en la lengua inglesa (se emplea con un significado despectivo y ofensivo). Una persona no está loca, tiene una enfermedad mental. Una persona sana triste no tiene depresión, sino que está pasando por un mal momento, hecho

inexorable a la vida. Una persona que cambia de humor no es bipolar, puesto que el trastorno bipolar, como el resto de las patologías, tiene una serie de criterios diagnósticos que no se reducen a ese cambio momentáneo.

En 2017, The Royal College of Psychiatrists destacó ocho valores fundamentales en torno a la patología mental (29): comunicación, dignidad, empatía, justicia, honestidad, humildad, respeto y confianza. Estos construyen un ambiente fuerte para desarrollar una situación comunicativa basada en el paciente y destinada a ayudarlo.

En cuanto a lo abordado con anterioridad, el lenguaje que se elige en la práctica médica en general y psiquiátrica en particular refleja las actitudes y el valor del profesional hacia cada paciente, así como su creencia y respeto hacia la enfermedad.

### **REFLEXIÓN ÉTICA: VOLUNTAD, DIGNIDAD, VIRTUD, ETC.**

*¡Tengo miedo de pensar!*

*¡Pues no piense! ¡Es así de fácil! ¡Los que piensan, enloquecen! ¡Yo no pienso nunca! Por eso estoy sana.*

.- Luca de Tena T., Los renglones torcidos de Dios (1979) (a).

Platón en el Fedro afirma que es más hermosa la locura que procede de la divinidad que la cordura que sólo tiene su origen en los hombres (12). El paciente psiquiátrico es hermoso para el psiquiatra, es la razón de su vocación; y la ética, como reflexión de la conducta humana, es parte fundamental del ejercicio profesional, como se ha visto anteriormente.

En el diagnóstico entran en juego definiciones como moral, compasión, virtud, voluntad, etc. Hernández PG. (6) asume que cualquier persona digna posee la virtud de la verdad, pero para los miembros de la profesión médica es una cualidad obligatoria si quieren realizar un eficaz trabajo en el desempeño de sus funciones. Por otro lado, mientras el término moralidad se refiere a las convenciones sociales propias de un grupo cultural, filosófico y/o religioso en relación con lo correcto o incorrecto, la ética aspira a trascender la moral para plantearse preguntas y respuestas sobre temas esenciales y universales de la conducta humana (8,23,24), para llegar a la virtud. Este concepto de “teoría de la virtud” está tomando una importancia creciente y critica la teoría principalista de la ética médica (13).

En el diagnóstico psiquiátrico también entran en juego la voluntad humana (voluntad sana o voluntad enferma, sujeta a la sintomatología de la patología; es importante saber discernir dónde están los límites de la enfermedad). Sólo el propio individuo puede decidir y definir lo que es bueno para él, mediante una información recibida por parte de los profesionales. Al hablar de los conceptos de competencia (ámbito clínico) y capacidad (ámbito legal), se puede decir que personas incapacitadas de toda decisión relacionada con su salud podrían ser anuladas, constituyendo una transgresión a sus derechos y dignidad personal, suponiendo una pérdida de libertad, sujeción a entornos o tratamientos psiquiátricos, estigmatización del diagnóstico recibido o las múltiples desventajas sociales y legales que conlleva (3,5,11).

Como dice Pastor LM. et al (19), el ser humano necesita ser protegido en su integridad frente a todos los atropellos que pongan en duda su dignidad como persona. Es decir, la dignidad, entendida como aquella característica propia e inseparable de toda persona, en virtud de la racionalidad e independientemente del momento y por encima de las circunstancias en las que se desenvuelva la vida; trasciende y supera los límites del ámbito jurídico.

Bellver V. (30), por otro lado, afirma que el término compasión se ha devaluado con el paso del tiempo, pues se asocia con paternalismo. Sin embargo, se trata de una emoción fundamental en medicina en general y en psiquiatría en particular, pues ayuda a comprender y contribuir a aliviar el sufrimiento ajeno. No se trata de ser

superior al paciente, sino de situarse al lado del dolor de este para contemplarlo y saber cómo se puede menguar. Se trata de pacientes vulnerables, con detrimento de su funcionalidad en muchos casos, por lo que se debe aplicar la ética de la fragilidad (5). Aquí también se debe incidir en que la gran mayoría de las personas son frágiles y vulnerables en algún momento de sus vidas, mas los pacientes psiquiátricos lo son la mayoría del tiempo, lo cual disminuye su autoestima, fuerza y comprensión.

Así pues, se ha visto que tanto clínica como comunitariamente se debe actuar mediante unos estrictos indicadores éticos que garanticen la integridad y dignidad de las personas involucradas (5), tanto profesionales como sobre todo pacientes. La vida del ser humano necesita del cuidado de los integrantes de su esencia como persona, necesita amparar sus valores para conservar de este modo su propia humanidad.

## CONCLUSIONES

*El sentimiento que se convierte en sufrimiento deja de serlo en cuanto nos formamos una idea clara y precisa del mismo.*

.- Frank V. El hombre en busca de sentido (1946) (d).

A lo largo de los párrafos anteriores se ha expuesto cómo la psiquiatría, pese a ser una especialidad médica, puede verse desde el punto de vista humanista y filosófico. También es una de las especialidades donde más importancia tiene la ética, así como la trayectoria histórica y la concepción psicobiológica de las enfermedades mentales.

El psiquiatra, como estudioso de la conducta humana, tiene como base la ética, y asume el dolor con prudencia, y que el actuar de un modo paternalista confiere menos conflictos, pero una atención de menor calidad. También se ha visto que la enfermedad asume una fragilidad y vulnerabilidad, y produce pasividad. Es por ello por lo que se requiere de una corresponsabilidad médico-paciente-familia-sociedad para garantizar la materialización del carácter preventivo de las patologías psiquiátricas, y para ofrecer una posibilidad curativa y rehabilitadora de los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Son los pacientes los que forman la medicina, los que la caracterizan: la enfermedad es a la persona como el enfermo es a la medicina.

Se ha visto la enfermedad mental como posible escape o distanciamiento de la realidad y su variabilidad, como un alejamiento de lo establecido por la sociedad. Por ello, si la sociedad cambia como lo hace constantemente, los criterios diagnósticos de las enfermedades deberían actualizarse también. De la ciudadanía también nace, negando el padecimiento de los enfermos, el estigma interno (de los propios pacientes) y externo (a nivel social). Por otra parte, se ha expuesto la ética como ciencia de la moral, y esta última como la práctica de la ética.

Igualmente, en la sociedad actual hay un sobrediagnóstico a nivel psiquiátrico por una creciente intolerancia al sufrimiento que caracteriza a la sociedad actual, y un descenso en el diagnóstico de personas que realmente necesitan ayuda por el estigma instalado a nivel mediático y social. Aquí cobra importancia el uso adecuado del lenguaje de forma clara y concisa, y también respetuoso y afable.

También se debe tener presente el cuidado y mantenimiento de la sanidad, en concreto de la salud mental, y abogar por tratamientos más dirigidos a potenciar la salud, puesto que no será necesario eliminar la enfermedad si conseguimos mantener un nivel óptimo de los componentes de la salud dictados por la OMS. Esto cobra además más importancia en psiquiatría, donde la gran mayoría de trastornos son de curso crónico. De la misma manera se debe mantener el cuidado a los profesionales, para evitar el “burn-out” y el descenso del amor por el arte de curar,



mediante una buena coordinación entre los centros de atención primaria y las unidades de salud mental, así como los grupos Balint.

Toda actividad humana y todo conocimiento tienen en cuenta una serie de valores, y tanto el profesional como el paciente no pueden mantenerse neutrales ante ellos, pese a que la ciencia, en su afán reduccionista, quiera un ejercicio libre de valores. Se ha pretendido por tanto evadir las reglas destinadas a producir una conducta normalizada, estandarizada y caracterizada por la veneración a la salud y el pavor a la enfermedad, a la medicalización y al conocimiento psicológico-psiquiátrico.

Como se afirma en “Las virtudes de la práctica médica” (13): Los dilemas más cruciales de la ética médica hoy en día no son los que provienen del progreso científico de la medicina, sino los de la ética profesional, aquellos que van al corazón de lo que es ser médico. Y no hay mayor signo de progreso que la conducta humana, por lo que no hay mayor corazón que aquel que hace de su profesión cuidar al paciente psiquiátrico.

Paralelamente a “Concierto para instrumentos desafinados” (c), el presente artículo supone un canto esperanzador a la dignidad humana del paciente psiquiátrico y de todo aquel que vive por y para él.

*Sugiero que empieces a considerar tu mente como lo que es: el mayor don de la naturaleza.*

.- Sharma R. El monje que vendió su ferrari (1996) (e).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### -Artículos y manuales-

1. OMS. Preguntas más frecuentes [Internet]. [Consultado 12 Jun 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>
2. Baón B, Calcedo A, Gracia D, Muñoz-Grandes M, Morera B, Rodríguez JJ, Santander F, Seoane JA, Ventura T. Conflictos éticos en Psiquiatría y Psicoterapia. Guías de ética en la práctica médica. Madrid: Ergon.
3. Abeijón M. Ética y salud mental. Cuad Bioet. 1999;4:632-643.
4. Editorial ética y psiquiatría, sujeta a la Declaración de Hawai que fue sometida en 1983 al Comité Ejecutivo y a la Asamblea General de la Asociación Mundial de Psiquiatría.
5. Pérez M. Claves éticas en el tratamiento clínico-comunitario de personas con esquizofrenia. Rev Bio y Der. 2017; 41: 171-186.
6. Hernández PG. Ética y psiquiatría. Cuad Bioet. 1999;4:617-620.
7. Megía MJ, Moreno JJ. Salud mental y bioética. Reflexiones desde una perspectiva multidisciplinar. Valencia: Generalitat Valenciana; 2013.
8. de Lellis. Ética, moral y políticas de salud mental. Cátedra Salud Pública y Salud Mental, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
9. Ribot VC, García TC. Códigos éticos y deontológicos en Psiquiatría. Human Med. 2016;16(2):360-371.
10. Trucco M. Ética y calidad en la atención médica y psiquiátrica. Rev Chil Neuro-Psiquiat. 2004; 42(2): 81-87.
11. Tribuna Abierta del Institut Borja de Bioètica. Aspectos éticos del diagnóstico en psiquiatría. Bioètica i debat. Ins Borja de Bioètica. 2007 Jul-Sep: 1-5.
12. Dörr O. Ética y psiquiatría. Aspectos en la praxis cotidiana. Rev Colomb Psiquiat. 2002;31(1):27-48.
13. Pellegrino ED, Thomasma DC. Las virtudes en la práctica médica. Madrid: UFV Madrid; 2019.
14. Mendiburu L. Fundamentos filosóficos de la ética en psiquiatría. Perspectiva histórica. Sección: investigación. Rev Bioética y C de la Salud. 6(2).
15. González O. Sobre ética y psiquiatría: una relación controvertida. Portularia. 2007;7(1-2):189-202.
16. Gómez-Restrepo C. Editorial: La Asociación Colombiana de Psiquiatría y los Principios Éticos y el Código Deontológico. Rev Colomb Psiquiat. 2006;35(3):276-280.

17. Vilatta E. Filosofía de la mente y Psiquiatría: alcances y límites de una perspectiva naturalista para el estudio de los delirios. *Co-herencia*. 2017;14(27):159-180.
18. Tribuna Abierta del Institut Borja de Bioètica. Límites del consentimiento en las personas con trastorno mental grave: el “tratamiento involuntario”. *Bioètica i debat*. Ins Borja de Bioètica. 2007 Jul-Sep: 6-11.
19. Pastor LM, Ferrer M. La bioética en el milenio biotecnológico. Murcia: Sociedad Murciana de Bioética; 2001.
20. Rosenhan DL. On being sane in insane places. *Science*. 1973;179(4070):250-258.
21. Yeples CE, Ocampo A. Ethics committees and mental health. *Rev Colomb Psiquiat*. 2018 Apr 11;47(2):129-136.
22. Hernández P. Psiquiatría y ética médica. Hospital Psiquiátrico Provincial Docente “Cdte. René Vallejo Ortíz”, Camagüey.
23. Beauchamp TL, McCullough LB. Ética Médica. Las responsabilidades morales de los médicos. Barcelona: Labor; 1987.
24. Beauchamp T.L. Los fundamentos filosóficos de la ética en psiquiatría. En: Bloch S, Chodoff P y Green S.A (editores). *La ética en psiquiatría*. 1ª edición española. Madrid, Triacastela, 2001: 35-56.
25. González C, González A, Moreno A, Pérez E, Rodríguez JL. Actitudes éticas en la práctica psiquiátrica. Capítulo.
26. González J, Rapún A, Altisent R, Irigoyen J. Principios éticos y legales en la práctica pericial psiquiátrica. *Cuad Med Forense*. 2005 Oct; 11(42):275-285.
27. Tribuna Abierta del Institut Borja de Bioètica. Medidas restrictivas en la hospitalización psiquiátrica. *Bioètica i debat*. Ins Borja de Bioètica. 2007 Jul-Sep: 15-20.
28. Mental Health Coordinating Council. *Recovery oriented language guide*. 2nd edition; 2018.
29. Richards V. The importance of language in mental health care. *Lancet Psychiatry*. 2018 Jun;5(6):460-461.
30. Bellver V. Vigencia del concepto de dignidad humana en los cuidados de salud: una perspectiva literaria. *Cuad Bioet*. 2019;30(100):237-252.

#### -Citas literarias

- a. Luca de Tena T. *Los renglones torcidos de Dios*. 34a edición. Barcelona: Planeta; 1991.
- b. Hesse H. *El lobo estepario*. 3a edición. Madrid: Alianza; 2019.
- c. Vallejo-Náguera JA. *Concierto para instrumentos desafinados*. 3a edición. Barcelona: Argos Vergara; 1980.
- d. Frankl V. *El hombre en busca de sentido*. 3a edición. Barcelona: Herder; 2020.
- e. Sharma R. *El monje que vendió su ferrari*. 18a edición. Barcelona: Debolsillo clave; 2021.