

Publicado en la Revista Bioética y Ciencias de la Salud. Vol4, Nº1

IMPLICACIONES ETICAS DE LA PARTICIPACION DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO EN SU TRATAMIENTO

Aurelio Castilla García. Médico, especialista en Psiquiatría y en Bioética. Jefe de los Servicios extrahospitalarios de Psiquiatría de Valladolid.

Introducción

Lo que a continuación se expone gira en torno a los aspectos éticos de la relación clínico-asistencial ya que ella es exponente de la participación del paciente en su tratamiento.

Vamos a ver continuamente, a lo largo de estas páginas, de qué manera en psiquiatría lo técnico y lo ético se entremezclan hasta el punto de no poder separarse, haciéndose imprescindibles los conocimientos éticos para llevar a cabo una correcta actuación técnica. Ya lo señaló Gracia (1991): “sería ingenuo pensar que buen clínico es el que sabe tomar decisiones técnicas aunque sea un auténtico analfabeto en la toma de decisiones morales”.

No es mi pretensión dar respuesta aquí a los distintos problemas morales que plantea la participación del paciente en su tratamiento, por lo que voy a limitarme a hacer unas reflexiones que nos permitan cuestionarnos nuestro quehacer desde más allá de la clínica.

Dos cuestiones más en el marco de esta introducción:

1ª) La práctica psiquiátrica plantea muchas preguntas éticas:

- ¿Tenemos suficientemente en cuenta la relación riesgo/beneficio cuando indicamos una hospitalización psiquiátrica?. ¿Estamos atentando contra la dignidad de la persona al utilizar la tan conocida contención mecánica; o al aislar al paciente del medio social durante más tiempo del estrictamente necesario; o cuando no se ha insistido suficientemente en la atención extrahospitalaria, incluso domiciliaria, antes de indicar la hospitalización; y

en el caso de los pacientes crónicos cuando bajo el término de laborterapia o ergoterapia se ocupa a estos pacientes en las labores más ingratas...?

- ¿Contamos con la aparición de una disquinesia tardía al prescribir neurolépticos a largo plazo? ¿Advertimos suficientemente a los pacientes de los efectos secundarios de los psicofármacos?
- En la psicoterapia existe el riesgo de influir de modo importante en las creencias y valores del paciente. ¿Realmente, cuando llevamos a cabo un tratamiento de este tipo, nos hemos preguntado si nuestra influencia está siendo abusiva y estamos realmente manipulando al paciente?.
- ¿Se debe establecer un tratamiento contra la voluntad del drogadicto, cuando ha perdido la libertad para abandonar la droga que consume? ¿Y qué decir de la investigación: tiene el estudio a realizar un auténtico interés científico, hemos valorado la relación riesgos/beneficios con y para los pacientes?
- Etc., etc.

2ª) Para valorar cualquier aspecto ético en psiquiatría, es preciso tener en cuenta, al menos, cuatro características de esta disciplina:

1. El psiquiatra es el profesional de la medicina que tiene que afrontar la tarea de *valorar el estado de la mente* de otros y emitir un juicio al respecto. Esto implica una gran responsabilidad, ya que, por una parte, las actitudes sociales ante la enfermedad mental pueden suponer una etiqueta de estigmatización para toda la vida, y, por otra, el diagnóstico psiquiátrico puede conducir a una pérdida legal de libertad. Y si la neutralidad es difícil de mantener en cualquier ciencia, la psiquiatría es especialmente sensible a las crisis sociales y a la manipulación ideológica.
2. La psiquiatría está cargada de ambigüedades, hasta el punto de no existir un acuerdo suficiente sobre lo que constituye el trastorno psiquiátrico: es *difícil precisar los límites de la normalidad psíquica*. El fenómeno psíquico no es fácil de aprehender ya que la observación y la introspección, vías para la captación de fenómenos psíquicos, están sujetas a múltiples

condicionantes por su carácter subjetivo. Además, en el fenómeno psicopatológico coexisten lo biológico y lo psicosocial, lo que dificulta también su aprehensión objetiva.

3. El *objeto de la Psiquiatría* es la conducta humana, frente a la cual no es posible que el paciente ponga distancia como la pone ante uno de sus órganos, pues sujeto y trastorno son una misma cosa. Esto adquiere su máximo exponente en las psicosis, que se caracterizan generalmente por una falta de conciencia de enfermedad. El paciente psiquiátrico acude al profesional porque es su propio ser el que le duele, y no ofrece para examen un órgano u órganos sino su malestar, su intimidad y su propia historia.
4. En psiquiatría la *relación médico-paciente* es un instrumento de exploración y tratamiento. Esto hace que la situación de indefensión del paciente pueda ser mayor aquí que en otras ramas de la medicina. El diagnóstico mismo se basa en lo percibido en el encuentro. En cuanto al tratamiento, quien sufre del corazón, por ejemplo, puede desechar a su médico como persona (lo puede considerar seco y poco amable...), pero al reconocer en él una gran capacidad técnica, puede aceptar su tratamiento. En psiquiatría esto es prácticamente imposible, puesto que no se puede despreciar a aquél con quien uno mantiene una relación que puede ser agente causal de la mejoría. Sólo así se explica que haya pacientes psiquiátricos que puedan aceptar interpretaciones erradas de sus males y tratamientos inadecuados.

Dicho esto, e introduciéndonos de lleno en el tema que nos ocupa, vamos a intentar dar respuesta a las dos preguntas siguientes:

- ¿Está justificado desde el punto de vista ético que el paciente participe en su tratamiento?
- Supuesto esto, ¿cómo debe ser la participación para que se ajuste a los principios éticos?, ¿qué aspectos hay que tener en cuenta en ella?, ¿qué dificultades plantea?, ¿qué papel debe jugar cada uno de los elementos que intervienen en la relación clínica?...

¿Está justificado desde el punto de vista ético que el paciente participe en su tratamiento?

La Etica y la Ley obligan a la participación del paciente en su tratamiento

Desde el punto de vista ético, el principio de autonomía, apoyado en el respeto a la dignidad del ser humano, fundamentan el derecho del paciente a su participación en el tratamiento. El principio de beneficencia guía la participación del profesional sanitario y de la familia del paciente, y el de justicia fundamenta la participación de la sociedad y sus instituciones. No es necesario insistir en esto que la Bioética ha tratado sobradamente, y que Códigos y Declaraciones sobre Etica Médica han señalado tanto a nivel nacional como internacional. Quizá por su especificidad psiquiátrica señalaremos lo acordado por la Asociación Mundial de Psiquiatría en 1996, y, a nivel nacional, lo reseñado por la Asociación Española de Neuropsiquiatría en 1995.

Declaración de Madrid (Asociación Mundial de Psiquiatría, 25 de Agosto de 1996)

El paciente debe ser aceptado en el proceso terapéutico como un igual por derecho propio. La relación terapeuta-paciente debe basarse en la confianza mutua y en el respeto, lo que permite al paciente tomar decisiones libres e informadas. El deber del psiquiatra es proporcionar al paciente la información relevante que le permita tomar decisiones racionales de acuerdo con sus valores y preferencias (apartado 3).

Cuando el paciente esté incapacitado y no pueda ejercer el juicio adecuado a causa de un trastorno mental, los psiquiatras deberán consultar con su familia y, si fuera necesario, buscar consejo jurídico, con el objeto de salvaguardar la dignidad humana y los derechos legales del paciente. No se debe llevar a cabo ningún tratamiento en contra de la voluntad del paciente, salvo que el no tratarlo ponga en peligro la vida del paciente y/o de aquellos que lo rodean, a no ser que el tratamiento sea para el mejor interés del paciente (apartado 4)

Cuando a un psiquiatra se le solicita evaluar a un paciente, es su deber informar y asesorar a la persona que se evalúa sobre el propósito de la intervención, el uso de los resultados de la misma, así como de las posibles repercusiones de la evaluación. Este punto es particularmente importante cuando los psiquiatras tengan que intervenir en situaciones con terceras partes

(apartado 5)

La información obtenida en el marco de la relación terapéutica debe ser confidencial, utilizándose única y exclusivamente con el propósito de mejorar la salud mental del paciente. Está prohibido que los psiquiatras hagan uso de tal información para fines personales o para acceder a beneficios económicos o académicos. La violación de la confidencialidad sólo podría ser apropiada cuando exista serio peligro mental o físico para el paciente o terceras personas si la confidencialidad se mantiene; en estas circunstancias el psiquiatra deberá, en la medida de lo posible, informar primero al paciente sobre las acciones a tomar (apartado 6).

Declaración de los derechos humanos y la salud mental (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1995)

Artículo 4. Los derechos fundamentales de los seres humanos designados o diagnosticadas, tratados o definidos como mental o emocionalmente enfermos o perturbados, serán idénticos a los derechos del resto de los ciudadanos. Comprenden el derecho a un tratamiento no obligatorio, digno, humano y cualificado, con acceso a la tecnología médica, psicológica y social indicada; la ausencia de discriminación en el acceso equitativo a la terapia o de su limitación injusta a causa de convicciones políticas, socio-económicas, culturales, éticas, raciales, religiosas, de sexo, edad u orientación sexual; el derecho a la vida privada y a la confidencialidad; el derecho a la protección de la propiedad privada; el derecho a lo protección de los abusos físicos y psicosociales; el derecho a la protección contra el abandono profesional y no profesional; el derecho de cada persona a una información adecuada sobre su estado clínico. El derecho al tratamiento médico incluirá la hospitalización, el estatuto de paciente ambulatorio y el tratamiento psicosocial apropiado, con la garantía de una opinión médica, ética y legal reconocida, y, en los pacientes internados sin su consentimiento, el derecho a la representación imparcial, a la revisión y a la apelación.

En lo que hace referencia a la Ley, **nuestra legislación** reconoce el derecho del paciente a participar en su tratamiento, y el modo de hacerlo, como vemos reflejado claramente en la Ley General de Sanidad, en sus artículos 10 y 11:

Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de Abril)

Artículo 10. Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:

1. Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminada por razones de raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical.
2. A la información de los servicios sanitarios a que puede acceder, y sobre los requisitos necesarios para su uso.
3. A la confidencialidad de toda la información relacionada con el proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público.
4. A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen, pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud.
En todo caso será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la dirección del correspondiente centro sanitario.
5. A que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico y alternativas de tratamiento.
6. A la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos:
 - a) Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.
 - b) Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas.
 - c) Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.

7. A que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad.
8. A que se le extienda certificado acreditativo de su estado de salud, cuando su exigencia se establezca por una disposición legal o reglamentaria.
9. A negarse al tratamiento, excepto en los casos señalados en el apartado 6, debiendo para ello solicitar el alta voluntaria, en los términos que señala el apartado 4 del artículo siguiente.
10. A participar, a través de las instituciones comunitarias, en las actividades sanitarias, en los términos establecidos en esta ley y en las disposiciones que la desarrollen.
11. A que quede constancia por escrito de todo su proceso. Al finalizar la estancia del usuario en una institución hospitalaria, el paciente, familiar o persona a él allegada recibirá su informe de alta.
12. A utilizar las vías de reclamación y de propuesta de sugerencias en los plazos previstos.
En uno u otro caso deberá recibir respuesta por escrito en los plazos que reglamentariamente se establezcan.
13. A elegir el médico y los demás titulados sanitarios con las condiciones contempladas en esta ley, en las disposiciones que se dicten para su desarrollo y en las que regule el trabajo sanitario en los Centros de Salud.
14. A obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer su salud, en los términos que reglamentariamente se establezcan por la Administración del Estado.
15. Respetando el peculiar régimen económico de cada servicio sanitario, los derechos contemplados en los apartados 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9 y 11 de este artículo serán ejercidos también con respecto a los servicios sanitarios

privados.

Artículo 11. Serán obligaciones de los ciudadanos con las instituciones y organismos del sistema sanitario:

1. Cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria comunes a toda la población, así como las específicas determinadas por los servicios sanitarios.
2. Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las instituciones sanitarias.
3. Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario, fundamentalmente en lo que se refiere a la utilización de servicios, procedimientos de baja laboral o incapacidad permanente y prestaciones terapéuticas y sociales.
4. Firmar el documento de alta voluntaria en los casos de no aceptación del tratamiento. De negarse a ello, la dirección del correspondiente centro sanitario, a propuesta del facultativo encargado del caso, podrá dar el alta.

¿Cómo puede ser la participación para que se ajuste a los principios éticos?, ¿qué aspectos hay que tener en cuenta en ella?, qué dificultades plantea? ¿Qué papel debe jugar cada uno de los elementos que intervienen en la relación clínica?

Participar, según el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, significa “tomar una parte en una cosa” y también “compartir, tener las mismas opiniones, ideas, etc, que otra persona”.

La participación no es algo fácil en la vida de las personas, pues participar compartiendo exige, entre otras cosas, dar, tolerar, amar, recibir, asumir, aguantar...; es decir, la participación presupone actitudes, sentimientos y modos de actuar que no parece que abundan en los humanos. Siendo esto así, hemos de pensar que una adecuada participación en el tratamiento no va a ser fácil para el paciente, pero tampoco para el profesional que lo trate, ni para los demás. La participación, así

entendida, va a depender, al menos, de los siguientes aspectos:

1. La capacidad del paciente y del psiquiatra para compartir. Esto va más allá de lo técnico-asistencial para adentrarse en las características personales del paciente y del psiquiatra y en su ethos o personalidad moral. Aquí estamos ante el tema de las virtudes del profesional y, como no, también del paciente.
2. El conocimiento por parte del psiquiatra de los fenómenos que se dan en la relación médico-paciente y la posibilidad de utilizarlos adecuadamente. Esto nos exige adentrarnos en la relación terapeuta-paciente, en los fenómenos técnico-éticos de esta relación.
3. El papel de la familia y la sociedad.
4. El papel, asimismo, del equipo terapéutico, cuyos diversos miembros van a influir en la orientación terapéutica y el seguimiento del paciente. El equipo terapéutico, junto con la familia y la sociedad, van a incidir en la relación clínico-asistencial, donde los principios de autonomía, justicia y beneficencia exigen la consideración del valor de la dignidad humana para intentar resolver los conflictos éticos que en ella se plantean.
5. Las teorías psiquiátricas, que parten de concepciones diversas del ser humano y, por tanto, de enfoques distintos en cuanto a la libertad y responsabilidad del paciente en su enfermedad y tratamiento. Toda terapéutica psiquiátrica implica una teoría subyacente, y las teorías psicológicas o psiquiátricas se apoyan en distintas concepciones antropológicas. Estamos aquí ante un marco conceptual sin cuya consideración posiblemente no podríamos comprender muchas de las cuestiones éticas que en la práctica diaria se plantean en el tratamiento de los pacientes psiquiátricos.

Para una mejor comprensión, en el orden en la exposición seguiremos un camino inverso en el desarrollo de estos puntos: empezaremos por el quinto y terminaremos en el primero.

Papel de las teorías psiquiátricas en los aspectos éticos de la participación del

paciente en el tratamiento

Aunque, como ha señalado Agazzi (1996), no se pueda reducir el conocimiento científico a un producto social, es tendencia predominante en la epistemología de la ciencia el criterio de Kuhn (1971), el cual ha señalado que las teorías reflejan la visión que tiene del mundo quien las crea, y que las escuelas y teorías científicas se ponen de moda como resultado de influencias sociales. De este planteamiento se concluiría que el conocimiento científico depende de dimensiones paracientíficas que serían las que hacen que la ciencia no evolucione linealmente sino por paradigmas diferentes, paralelos muchas veces, e impermeables entre sí. Así se explicaría la existencia de concepciones teóricas distintas en cuanto a la visión de un área determinada de la realidad, y que, sin embargo, cada una de ellas sea coherente y validada por la experiencia.

El panorama de la psiquiatría actual sería un exponente de esta teoría epistemológica general de la ciencia. La situación de la psiquiatría sigue siendo la de una ciencia con teorías diferentes, a veces difícilmente conciliables entre sí. A ello contribuye en gran medida el hecho de que en psiquiatría sea el hombre el objeto de conocimiento psicopatológico y al mismo tiempo el observador e interpretador de la psicopatología. Por ello las teorías psiquiátricas se han desarrollado de acuerdo a las concepciones sobre la naturaleza humana vigentes en un momento dado, pudiéndose decir que hay tantas concepciones del psiquismo humano como visiones antropológicas.

Si la concepción antropológica del terapeuta va a influir en la teoría psiquiátrica que éste asuma, ello va a repercutir también en la selección de los datos con los que pretenda confirmar su teoría, lo que, a su vez, va a facilitar que tienda a perpetuarse en el modelo que defiende, sin confrontarlo con los demás. Esto nos ayuda a explicar, también, por qué hay tantas teorías y por qué a veces las explicaciones de un hecho son tan dispares.

Lo dicho tiene una gran trascendencia desde el punto de vista ético. Si las terapias psicológicas y psiquiátricas no son neutrales en cuanto a los valores, esto exige contar de modo importante con el paciente para no trastocar los suyos.

Los **modelos más importantes en psiquiatría**, correspondientes a distintas teorías sobre el enfermar, son los siguientes:

El *modelo biologicista*. Coincide con el modelo médico tradicional. La enfermedad mental tiene una causa orgánica y el individuo es ajeno a la génesis y a la curación de la enfermedad. Es un modelo donde lo mental reside en lo biológico. El modelo estrictamente médico excluye la libertad y la responsabilidad del sujeto en su enfermar al colocar la enfermedad como algo debido a un factor ajeno al paciente, que lo asalta como si viniera desde fuera y que se da al margen de la voluntad. El terapeuta actuaría como médico, aplicando tratamientos biológicos. La participación del paciente en su tratamiento consiste fundamentalmente en seguir las instrucciones que los profesionales le den.

El *modelo psicodinámico*. Sostiene que los síntomas de la enfermedad son la expresión de un conflicto inconsciente. La curación dependerá de que el sujeto haga consciente lo inconsciente, encontrando una solución al conflicto. Aquí la responsabilidad y libertad del paciente juegan un papel significativo, pues las causas de la enfermedad están en el propio sujeto. El terapeuta intervendría como intérprete o traductor, facilitando el insight, la toma de conciencia, la comprensión. La relación que se establece en este modelo entre terapeuta y paciente es una relación que ha sido denominada por Schneider (1979) "relación interpersonal subjetiva". Denomina así a ciertas relaciones vividas muy subjetivamente, es decir, con una intensa participación de cada uno de los protagonistas, pero teniendo en cuenta que en la relación psicoterapéutica el papel del médico y del paciente están bien definidos y la relación está sujeta a ciertas reglas, no siendo su finalidad la de establecer una relación duradera en base a la realidad, sino que sólo se podrá mantener la función terapéutica si el terapeuta se convierte para el paciente en un personaje al que ama, odia, por el que siente amistad o sentimientos diversos, pero siempre que ello esté en el mundo de lo imaginario tanto durante la sesión psicoterapéutica como fuera de ella, pero no en el mundo de la realidad vivida y actuada. Y en cuanto al final de la relación, tanto psicoterapeuta como paciente saben que la relación terminará e incluso que ésta es una de las metas del tratamiento.

El *modelo cognitivo-conductual*. Considera que los síntomas son conductas y pensamientos anormales, desadaptados, adquiridos por aprendizaje, y que pueden ser desaprendidos. El ser humano es un organismo vivo como cualquier otro, que aprende a vivir y comportarse en su interacción con el ambiente. La libertad y responsabilidad también están aquí presentes, aunque para la curación esto es menos claro ya que la recuperación va a depender del seguimiento de las instrucciones que al paciente se le

dicten. El terapeuta intervendría como educador o instructor, permitiendo el reaprendizaje de conductas y pensamientos adecuados. La relación que aquí se establece es una relación denominada “relación pedagógica” por Schneider (1979). Algunas características de esta relación son la desigualdad entre enseñante y alumno, que lleva a una dependencia del alumno en relación al enseñante. Esta dependencia es incluso deseada pues permite una mejor indentificación, una aceleración y una profundización del proceso de aprendizaje. En los casos normales la relación pedagógica acaba desvaneciéndose: el alumno ya no necesita al enseñante y se desidentifica de él para volver a poner en su lugar al adulto frente a otro adulto, pero el abandono de la dependencia, que implica una maduración, no siempre ocurre.

Vemos como estos distintos modelos teóricos determinan el tipo de relación médico-paciente, y el tratamiento a aplicar. Pero también la propia entrevista de evaluación va a ser distinta según el modelo empleado. Poch y Talarn (1993) han señalado los siguientes rasgos diferenciales en las entrevistas a realizar según el modelo teórico asumido:

En las entrevistas más médicas la exploración se orienta por áreas psicopatológicas, a partir de los signos y síntomas que el paciente presenta.

En el caso de la entrevista psicodinámica, se trata de adaptarse a la configuración que de la misma haga el paciente según su estructura psicológica, intentando recoger y comprender los elementos inconscientes que subyacen a los síntomas.

La entrevista en el modelo cognitivo-conductual intenta obtener datos desde el mayor empirismo posible, por lo que se trata de recoger la mayor información que se pueda y de registrar ésta de forma que sea manejable y fiable.

Podríamos preguntarnos cuál es el **modelo que responde mejor a un actuar éticamente correcto**, pero aquí nos topamos con el hecho de que no es posible que el razonamiento práctico nos permita juzgar sobre la eficacia o certeza de una teoría psiquiátrica o psicológica, que corresponde al razonamiento teórico. Por tanto, lo que tendremos que hacer es ajustarnos a la corrección moral de nuestras intervenciones, de nuestras actuaciones diagnósticas y terapéuticas, aunque teniendo en cuenta que, por una parte, según el modelo utilizado la posibilidad de manipulación del paciente es porbable que vaya a ser mayor o menor; y siendo conscientes, por otra, de que no es

posible intentar definir la salud mental al margen de valores o concepciones filosóficas del hombre, porque en último extremo determinar qué es la salud y la enfermedad, termina siendo una reflexión sobre que lo que es bueno o malo para el hombre, lo que es correcto o incorrecto. Por muy aislada que pueda parecer una decisión clínica en un caso concreto, presupone siempre una realidad en referencia a la política sanitaria general, el significado de lo que se considere bueno para la persona, la naturaleza de los derechos y deberes, etc. Por ello, en la decisión final va a intervenir nuestra concepción antropológica y moral, ya que los valores representados en cada uno de estos modelos van a influir en la decisión sobre quién debe ser tratado y quién no, las metas y objetivos terapéuticos, y la distribución de los recursos en salud mental.

La familia, la sociedad y el equipo terapéutico

El paciente tiene la obligación moral de participar en su tratamiento y hacerlo con responsabilidad. Si no lo hace así, puede aumentar la carga que supone para su familia y/o para la sociedad. Incrementará el sufrimiento de la familia y, si la sociedad tiene que contribuir con una pensión u otros medios para su sostenimiento y atención, ello conllevará la consiguiente carga para toda la sociedad, que el paciente y el profesional deben tener en cuenta por razones derivadas del principio de justicia.

Ahora bien, en algunos casos no es posible esta responsabilización del paciente en su tratamiento. Será entonces el momento de una intervención más amplia de la **familia** y de las instituciones sociales adecuadas al caso.

Aquí hay implicaciones morales que no debemos soslayar. Las familias no pueden asumir toda la carga del paciente. Su participación en el cuidado exige aportes institucionales por razones de justicia y beneficencia.

Diversos estudios han demostrado la carga que supone para las familias el cuidado de un paciente psiquiátrico grave, concretamente del esquizofrénico (Fadden et al., 1987). Esta carga puede ser en ocasiones muy importante y afectar al bienestar de los propios familiares encargados de su atención (Oldridge y Hughes, 1992). Esto pudiera ser así, en parte, porque estas familias tienen una vida sin descanso, sin respiro (Lefley, 1987; MacCarthy, 1989).

Aunque no existe una estimación definitiva del número de familiares implicados en el cuidado de los esquizofrénicos adultos (Warner y Girolamo, 1996), en un estudio

llevado a cabo por nosotros en la provincia de Valladolid, en 1998, aproximadamente el 90% de los pacientes en tratamiento ambulatorio y diagnosticados de esquizofrenia crónica, viven en el medio familiar. Se puede decir que hoy en día, con la filosofía comunitaria de los cuidados en salud mental y tras la desinstitucionalización, la mayoría de los pacientes viven en su medio sociofamiliar, por lo que el contacto del paciente con la familia suele ser frecuente o permanente. Y, siendo así, parece lógico que se de una gran importancia a las dificultades de las familias de los pacientes en su intento de adaptarse y manejar la estresante situación del cuidado de un paciente esquizofrénico y de otros pacientes psiquiátricos. Y siendo esto así, como se puede dejar la carga del paciente en manos de la familia. ¿Hasta dónde puede llegar la participación de la familia en el tratamiento? ¿Cuáles son, pues, los límites de la intervención del paciente en su tratamiento, y cuáles los de la familia, la sociedad y los profesionales? Si la estructura familiar ha cambiado para adaptarse a la sociedad actual, ¿quiere esto decir que la sociedad es responsable de la insuficiencia de las familias?

Intentar responder a estas preguntas nos llevaría demasiado lejos y nos exigiría excesivo tiempo. La familia, en su participación en el tratamiento, debe guiarse por el principio de beneficencia, debiendo actuar siempre en el mayor beneficio del paciente (Gracia, 1989).

La **sociedad** aporta sus criterios desde la cultura e ideología dominantes, desde los valores que asume en un determinado momento histórico. Así, y por poner un ejemplo, en la segunda mitad de este siglo la sociedad ha decidido la desinstitucionalización del enfermo mental. Y esta desinstitucionalización tiene unas implicaciones éticas claras (Amarante, 1995; Aranguren y Vega, 1996). Pretende el reconocimiento de nuevos derechos y nuevas posibilidades de ser sujetos para aquellos que fueron convertidos en objetos por el saber y las prácticas científicas. No cabe duda que además de razones clínico-asistenciales y de otra índole, los argumentos para la llamada reforma psiquiátrica, que en nuestro país se ha llevado a cabo en las últimas décadas, son argumentos éticos que tienen que ver con la participación del paciente en su tratamiento.

La desinstitucionalización, en el marco de la Psiquiatría Comunitaria, surgió para dar respuesta fundamentalmente al enfermo psicótico, y es éste el que con frecuencia no hace demanda a pesar de necesitar tratamiento. ¿Qué hacer con el paciente que no hace demanda de atención, estando claro que la necesita? La familia,

y la sociedad a través de sus instituciones, deben dar respuesta a esta situación, y deben participar aquí muy directamente en el abordaje terapéutico.

Sin apartarnos del camino en el que nos hemos introducido, la atención al paciente crónico ha motivado quejas al Defensor del Pueblo, el cual, en su informe de 1993, señaló que estos pacientes “precisan dispositivos de rehabilitación, que den respuesta a situaciones que superan el tratamiento a disponer en una unidad de hospitalización de corta estancia”. Pero ¿qué ocurre con la rehabilitación en nuestro país?. El paciente debe participar en su tratamiento, las asociaciones de familiares de enfermos mentales insisten en la rehabilitación, pero ¿quiénes deben aportar medios y decidir el tipo de estructuras más convenientes? Con frecuencia, este problema asistencial tiende a considerarse solamente desde sus aspectos técnico-políticos, sin caer en la cuenta de que es un problema de conciencia moral, cuya consideración debería conducir a una participación más decidida, más eficaz y más centrada en las necesidades de los pacientes, y de sus familias.

Hemos citado a la familia y a la sociedad. ¿Qué decir del papel del equipo de salud mental? El **equipo terapéutico** no solamente asume funciones diversas para la solución de los variados problemas que el paciente psiquiátrico plantea, sino que al aportar una relación no dual, una imagen de relaciones diferentes, puede ayudar al paciente psicótico a proyectar los elementos escindidos de su yo y servir, por tanto, para la contención de sus proyecciones. El equipo permite también una mayor cercanía a la familia, facilitando el apoyo a la misma, reforzando sus actitudes terapéuticas espontáneas y analizando las actitudes antiterapéuticas; y, además, facilita una distribución de tareas y una difusión de responsabilidades, que disminuyen la sobrecarga de los profesionales que a veces se deriva de sus intervenciones individuales. Es decir, y resumiendo, el equipo permite dar una respuesta terapéutica que no es posible recibir desde los profesionales aislados. Todo esto exige una conducta moral responsable del equipo como grupo, y una participación de sus miembros guiada por principios morales conscientemente asumidos.

La relación terapéutica

La relación dual médico-paciente supone con frecuencia una relación triangular cuando implica la participación de la familia, la cual también puede ser depositaria y a la vez sujeto activo de las ansiedades y de la demanda de ayuda propias de la enfermedad. Incluso habría que añadir que esta relación se amplía y tiende a hacerse

cuadrangular al venir a implicarse en ella las diversas instituciones o agentes de la realidad social (administración, opinión pública, etc.). Por estas razones tiende a hablarse más que de relación médico-paciente, de relación clínica. Pero ahora vamos a referirnos a la relación dual médico-paciente.

Varios aspectos hacen que la relación médico-paciente sea, en su origen, claramente asimétrica:

- El paciente es persona que demanda ayuda y está sufriendo por sus problemas psíquicos
- El médico tiene unos conocimientos que el paciente no posee y que lo sitúan como un experto frente éste.
- La sociedad también coloca al terapeuta en un lugar predominante y cargado de cierto poder frente al paciente, mientras que a éste le adscribe el papel de asumir su tratamiento. Además, no es lo mismo el mundo cultural popular del que procede el paciente que el mundo sanitario en el que se encuentra el médico. Ambos, médico y paciente tienen ideas distintas de lo que es la salud y la enfermedad y por tanto también expectativas diferentes en cuanto a la consulta a realizar. El paciente estará preocupado por lo que tiene que contar, por el modo como lo recibirá el médico, quizá no pregunte lo que no entiende por temor a que ello se interprete como una falta de confianza, etc. , etc.

Las circunstancias señaladas anteriormente permiten al terapeuta encontrarse en condiciones de poder manipular la relación con el paciente. El buen manejo de la relación permitirá disminuir esta asimetría. Pero esto no será posible, como vamos a ver, sin una actitud ética correcta.

A continuación, vamos a detenernos en la consideración de los cuatro **componentes psicológicos presentes en la relación médico-paciente**, y claramente expuestos por Tizón (1988), a saber: transferencia, contratransferencia, identificación proyectiva o empatía, e identificación introyectiva.

- *Identificación proyectiva.* En la vida diaria, para entender a los demás nos preguntamos qué sentiríamos nosotros si nos encontraríamos en una situación

similar. Pero, señala Tizón, este fenómeno, al que se ha dado en llamar empatía, aunque es muy útil, puede conducirnos a errores. Como no estamos dentro del otro, no podemos saber qué significa para él el dolor, la frustración, la enfermedad...

Lo que ocurre en la empatía es que una parte de nosotros, una experiencia nuestra, la sentimos en el otro y comprendemos a ese otro al que, en realidad, le hemos puesto una parte nuestra. Este proceso psicológico se conoce con el nombre de identificación proyectiva, pues consiste en poner en otra persona partes, experiencias, sentimientos o fantasías de uno mismo (proyección), para luego identificarnos con ella, es decir, sentir lo mismo que ese otro.

- *Identificación introyectiva.* El proceso de la identificación proyectiva, para que sea realmente eficaz en la clínica, sigue señalando Tizón, debe complementarse con la capacidad de ser receptivo, de poder recibir lo que viene del otro como algo diferente de nosotros mismos y que, sin embargo, podemos admitir en nosotros, sintiéndolo como nuestro. A este proceso se lo denomina identificación introyectiva.

La identificación proyectiva, pues, permite acercarse al otro poniéndonos en su lugar como si fuéramos él. Pero es necesario que vaya acompañada de la capacidad de recibir lo propio del otro, sintiéndolo no lejano a nosotros (identificación introyectiva).

- *Transferencia y contratransferencia.* Términos éstos de sobra conocidos, nos indican que el paciente, en la relación interpersonal, aporta una serie de emociones, sentimientos, ansiedades, etc., que no tienen que ver con la situación actual concreta, y que solamente pueden explicarse teniendo en cuenta que son transferidos desde una situación anterior, posiblemente repetida una y otra vez en su vida mental y relacional del sujeto. Este fenómeno de la transferencia se considera universal, por lo que no sólo se da en los pacientes o consultantes, sino también en nosotros, los profesionales sanitarios. En este caso, para hablar de las emociones, ansiedades o recuerdos que nosotros transferimos a la situación actual, utilizamos el término de contratransferencia.

Me he detenido en la descripción de estos fenómenos ya conocidos, para señalar cómo el único modo de comprender lo que le ocurre al paciente es respetándolo exquisitamente en esa escucha y relación que tiene en cuenta los cuatro

elementos descritos por Tizón. Sólo desde una postura ética de respeto es posible una relación terapéutica técnicamente correcta. No hay que alejarse, pues, de la psiquiatría para percibir lo correcto éticamente, ni de la ética para darse cuenta de lo adecuado técnicamente. Para conocer al otro como distinto, para saber lo que siente y le ocurre realmente, es necesario tener en cuenta los elementos técnico-psicológicos que se dan en la relación médico-paciente. Respetar estos elementos supone también respetar al paciente, a la persona que sufre de una enfermedad psíquica; y respetar al otro es tenerlo en cuenta en su autonomía participativa.

Lo que acabamos de decir nos permite comprobar, también, que dejar sin más la toma de una decisión terapéutica en manos del paciente (incluso habiéndole informado suficientemente), aunque seguramente respeta la autonomía del individuo, no se corresponde siempre con un respeto a la dignidad del ser humano. Si así obramos, podemos decir, conforme a la descripción que hemos hecho de los fenómenos de la relación médico-paciente, que estamos actuando con empatía (yo en su lugar tomaría una decisión); pero quizá no estemos considerando en suficiente medida lo que hemos denominado como identificación introyectiva, o tal vez estemos moviéndonos por elementos contratransferenciales no adecuadamente controlados (no soporto la pasividad y la dependencia). Si así fuera, no podríamos decir que estuviéramos respetando al sujeto enfermo como persona.

Vemos, pues, que de la buena utilización de estos fenómenos psicológicos que se dan en la relación médico-paciente, no solamente deriva una relación técnicamente adecuada, sino éticamente correcta. Lo técnico y lo ético se entrelazan aquí de tal manera que podríamos considerar a estos elementos como fenómenos técnico-éticos.

Quizá sea éste el momento de señalar la impresión que uno tiene de que la Psiquiatría en nuestro país oscila con alguna frecuencia entre los extremos del paternalismo irrespetuoso y la autonomía abandonada, de modo que el paciente es tratado con arreglo a los criterios del propio psiquiatra, o abandonado a la suerte de su autonomía. O bien el psiquiatra se aferra a la opinión de la familia coartando la libertad del enfermo, o rechaza completamente el criterio de la familia dejándola al arbitrio de la conducta patológica del paciente. Pero el psiquiatra sigue pensando que obra adecuadamente, y no se plantea una reflexión moral sobre su conducta. No deberíamos nunca dejar de plantearnos este tipo de discurso racional. ¿No ha influido acaso la ausencia de una reflexión ética en la situación en que ha sido colocada durante décadas la familia del paciente esquizofrénico? El sufrimiento de estas

familias parece haber estado olvidado hasta hace pocos años en que, tras reiterados estudios, se ha empezado a pensar que ellas también padecían como consecuencia del paciente y que éste podía ser factor generador de patología psíquica en las mismas. Hasta ese momento, la familia era considerada generalmente culpable de la enfermedad del paciente. ¿Cómo es posible olvidarse del sufrimiento de los demás?; ¿qué ha ocurrido en la conciencia del psiquiatra para verse arrastrado a pensar que la familia era responsable de la enfermedad del paciente?

La personalidad del terapeuta y del paciente

La personalidad siempre juega un papel determinante en las relaciones interpersonales. Yllá y González- Pinto (1997) han señalado, a modo de ejemplo, diversos tipos de **personalidad del médico** para mostrar la influencia que ésta puede tener en el tratamiento del paciente. Recogemos aquí solamente tres de estos tipos, a saber: el histriónico, el obsesivo y el depresivo.

El histriónico irradia simpatía y optimismo, transmitiendo esperanza y siendo cada paciente un reto para él, pero se desanima cuando los resultados no son los esperados y puede perder interés por el paciente. Se adhiere demasiado rápidamente a los nuevos tratamientos.

El obsesivo es estable, constante y responsable, recela de lo nuevo y se aferra a los tratamientos antiguos. Se inquieta si se le ha pasado algún detalle y esta inquietud puede transmitirse al paciente.

El depresivo tiene una gran capacidad de darse al paciente con empatía y calidez, pero no sabe decir no, de modo que llega a resentirse por esto, tendiendo a sentirse culpable por creer que otros compañeros lo hacen mejor. Y esto puede tener repercusiones en el paciente

A esto hay que añadir la contrapartida de la **personalidad del paciente**.

¿Y qué decir de la **personalidad moral del terapeuta**? Hemos de tener en cuenta que nadie puede suponer que porque conozca los valores y principios morales, y utilice las herramientas de la argumentación moral, automáticamente actuará mejor que el resto. Somos libres, por lo que aun conociendo cuál es el bien, podemos empeñarnos en hacer el mal. Esto nos obliga a hacer hincapié en la calidad moral del que actúa y en

sus intenciones, es decir en las virtudes del profesional, en lo que se ha denominado la *personalidad moral*. Esta fue definida por López Aranguren (1958) como el carácter éticamente considerado: “Mi realidad natural es mi propia realidad en tanto que recibida; mi realidad moral es mi propia realidad en tanto que apropiada. Porque al realizar cada uno de mis actos voy realizando en mí mismo mi ethos, carácter o personalidad moral”.

En la práctica clínico-asistencial diaria

Tras haber intentado responder a las dos preguntas que señalábamos al principio de la exposición, vamos a hacer unas breves consideraciones sobre algunas situaciones concretas.

Algunos casos particulares

- **La familia, el menor y el terapeuta**

¿Hasta qué punto es preciso contar con la familia?

En el caso del menor los padres ejercen la patria potestad, y la sociedad reconoce que son ellos los responsables de la educación y orientación de sus hijos. Pero el desarrollo evolutivo del niño y el adolescente se acompaña al mismo tiempo del desarrollo de su autonomía, y esto puede plantear y plantea conflictos de intereses entre padres e hijos a la hora de un posible tratamiento. ¿Tiene entonces el adolescente derecho a rechazar un tratamiento que no desea o a asumir uno en contra del criterio de los padres? ¿Y en cuanto a la información, tienen derecho los padres a conocer toda la información clínica del hijo aun en contra de la voluntad de éste?

Parecería lógico pensar que al ser los padres responsables del desarrollo de los hijos, serían también los que decidirían sobre el tratamiento y la información en relación a los mismos. Pero una buena educación y orientación implica el respeto a la autonomía progresivamente más desarrollada del hijo. De todos modos, el tema es delicado y no puede resolverse dando normas generales sino considerando cada caso concreto, pues es fácil atentar contra la dignidad del menor. Así, en lo referente a la información nos topamos con la intimidad, que, aunque tiene que ver con el principio de autonomía, y ésta puede no haber encontrado aún un desarrollo completo, es necesario respetarla por respeto a la dignidad del menor. En caso contrario se daría

una manipulación de la persona. França-Tarragó (1996) ha señalado tres supuestos que justifican la ruptura de la confidencialidad en estas circunstancias: 1) en el caso de que el estado psíquico del menor pueda poner en peligro su vida o la de otros; 2) cuando existe un riesgo importante de que el menor cause daños materiales o a terceros; 3) cuando, en el caso de no informar a los padres, el tratamiento se vea afectado de modo significativo, o la maduración y el desarrollo afectivo resulten comprometidos.

- **El anciano**

Otro caso particular es el del anciano. Al participar en su tratamiento, el profesional se plantea si trabajar por la autonomía o la adaptación del anciano. No cabe duda de que éste debe adaptarse a la situación familiar o institucional en la que se encuentra, pero es necesario respetar su capacidad de iniciativa y sus intereses, es decir su autonomía. Aquí quizá el anciano tenga menos posibilidades que el niño. El anciano tiende a ser marginado del interés terapéutico y social, no así el niño, al que se considera frágil, manipulable y, por tanto, con necesidad de protección.

Ambos casos, el del menor y el del anciano, son ejemplos problemáticos de participación en el tratamiento, y, por tanto, de riesgo de que sean otros los que decidan por ellos sin un respeto suficiente a su dignidad personal.

- **El religioso**

Los valores religiosos son fácilmente influenciados por los tratamientos psiquiátricos. Con frecuencia, preocupaciones religiosas forman parte de la patología psiquiátrica, y con mayor razón en el paciente religioso. Ya en 1979, Beutler demostró que los valores y creencias de las personas que siguen un tratamiento psicológico se modifican a lo largo de una psicoterapia.

En el tratamiento de los pacientes religiosos hay que ser muy cuidadosos con los elementos contrantransferenciales. Aquí vemos de nuevo como lo ético y lo técnico están íntimamente unidos.

Ahora bien, como ha señalado Baca (1996) “la transmisión de valores por sí misma no puede ser calificada de no-ética, pero la oferta de valores en situaciones de debilidad, fragilidad, dependencia o inermidad psicológica puede convertirse en una

transmisión ‘tramposa’ de valores”. Hemos de pensar, pues, que si el paciente toma conciencia en un tratamiento de algunos valores que desconocía y decide hacer algún cambio en los suyos, no se puede hablar, en principio, de que se trate de una manipulación. El deber ser que constituye al hombre le exige estar abierto al cambio.

Algunos abordajes terapéuticos

Siempre se ha dicho en la práctica clínica que no hay enfermedades sino enfermos, y, por tanto, que en lo referente al tratamiento cada caso debe ser tratado de un modo personalizado, cada paciente debe ser abordado con aquel o aquellos recursos asistenciales que permitan una mayor mejoría y un más amplio respeto a su condición de persona (atención ambulatoria, domiciliaria, hospitalaria, servicios de rehabilitación y resinserción, tratamientos farmacológicos, psicoterapéuticos...). De este planteamiento se derivan ya consecuencias morales. A modo de ejemplo: si un paciente puede ser tratado en el medio ambulatorio, hay que evitar la hospitalización aunque de las dos formas pueda recuperarse, y, por tanto, los dos tratamientos sean correctos técnicamente hablando. Pero las consecuencias personales que para el paciente y/o la familia se derivan de ambos modos de abordar su patología, pueden no ser las mismas. Si un paciente es hospitalizado y puede ser dado de alta a las dos semanas en vez de a las tres, no se le debe mantener tres semanas aunque su recuperación sea la misma y aun en el supuesto irreal de que el costo de la hospitalización fuera también el mismo. El paciente y/o la familia pudieran verse afectados por la prolongación de su estancia hospitalaria.

• La hospitalización

Ante la necesidad de un internamiento psiquiátrico, el médico debe valorar entre otras cosas las siguientes:

1. Examinar bien si se dan indicaciones claras de ingreso, como por ejemplo, incumplimiento regular del tratamiento prescrito en régimen ambulatorio, cuando éste es absolutamente imprescindible; necesidad de aplicar medidas terapéuticas sólo posibles en régimen de hospitalización; necesidad de aclarar dudas diagnósticas que dificulten el curso clínico y la remisión de la enfermedad, etc.

2. Procurar siempre que el ingreso se realice de modo voluntario, es decir, con el consentimiento del paciente.

Pero en la decisión de hospitalizar también intervendrá la concepción que se tenga de lo que es la enfermedad psíquica. La actitud ante un posible ingreso variará si se piensa que el paciente tiene responsabilidad en su enfermar o se considera que esto es ajeno a su voluntad. Un ejemplo extremo lo tenemos en el abordaje de la drogadicción.

La participación en el tratamiento exige discutir las razones y circunstancias de un posible internamiento. Y así, por ejemplo, si tenemos en cuenta que un tratamiento debe perseguir la autonomía y no la dependencia, es preciso discutir con el paciente, o plantearse, cuándo hay que hospitalizar, durante cuánto tiempo y cuál va a ser el tratamiento a seguir. No hacerlo es no sólo una posible negligencia terapéutica sino una falta de respeto al paciente y la familia, es decir, una actuación moralmente incorrecta.

La hospitalización exige con frecuencia la intervención familiar: ¿cuál va a ser el papel de la familia y hasta dónde puede influir en las medidas terapéuticas durante la estancia hospitalaria? El internamiento variará si se considera a la familia como culpable de la enfermedad; y esto ha llevado a los profesionales en algunos momentos a demorar o evitar la hospitalización, o a forzar el alta del enfermo sin considerar la carga que puede suponer para la familia. Esto no es solamente un posible problema sanitario (pues hay que prevenir la enfermedad mental en la familia) sino un problema ético, una desconsideración hacia la dignidad personal, una ausencia de respeto al principio de justicia.

El período hospitalario debe suponer un respeto exquisito al paciente, haciendo todo lo que defienda su dignidad, facilite su autonomía y su mejoría psíquica. Esto exige una valoración muy cuidadosa de medidas como la contención mecánica y farmacológica, la privación de visitas familiares, la privación de objetos personales, la tutela de medios económicos (cada paciente tiene derecho a administrar sus bienes económicos), el acceso a los servicios sociales y religiosos, etc. Es necesario velar por un ambiente adecuado y digno y por una privacidad adecuada, tanto personal como en relación a la familia y a otros. Debe cuidarse la convivencia entre hombres y mujeres dado que estamos hablando de personas que no siempre controlan bien sus sentimientos y su voluntad.

Hemos de decir aquí que las decisiones de los pacientes que no afecten a

terceras personas no tienen que ser siempre respetadas si son irracionales: esto no es respetar la dignidad personal sino facilitar su degradación. Nos encontramos ante la posibilidad de dejarnos llevar de un respeto a la autonomía mal entendido.

Muchas otras cuestiones podrían añadirse aquí en relación con la participación del paciente en su internamiento, pero considero que pertenecen a los aspectos del consentimiento informado que no es motivo de esta exposición.

- **La psicoterapia**

La psicoterapia, considerada en un sentido amplio como actitud psicoterapéutica, es inherente a todo acto médico. Otra cosa es el concepto estricto de psicoterapia como método de tratamiento reglado. Para la psicoterapia como técnica terapéutica específica se requiere una concepción determinada de la vida psíquica y una estrategia precisa sobre cómo actuar en ella.

¿Qué decir de la psicoterapia desde un punto de vista ético. Solamente algunas puntualizaciones.

Desde la primera entrevista es preciso tener como uno de los objetivos fundamentales el aportar la información suficiente y adecuada para que el paciente pueda decidir sobre lo más conveniente para él. Aquí a veces parecería entrar en colisión lo técnicamente apropiado con lo éticamente correcto, lo que exige un gran cuidado en su valoración, porque rechazar en una psicoterapia el aportar información por razones derivadas de la propia técnica terapéutica puede ocultar un paternalismo irrespetuoso. Hay psicoterapias prolongadas y costosas y es imprescindible que el paciente sepa, y sepa todo lo que tiene que saber. El terapeuta debe tener en cuenta la posibilidad de discutir con el paciente las **expectativas de recuperación y cambio**, para evitar la errónea impresión de que terapia y terapeuta pueden resolverlo todo, o que el paciente se encuentre inesperadamente con que los objetivos planteados exceden su capacidad para una solución a corto plazo y exigen un plazo largo. El paciente debe ser informado del plan de tratamiento para que pueda dar su consentimiento previo. Es preciso que se le informe de los objetivos terapéuticos, de las técnicas que se emplearán, de los posibles riesgos, de la duración, de la evaluación durante su curso, y de la previsible eficacia. También se le informará de otros recursos o alternativas terapéuticas y, por tanto, de la posibilidad de enviar al paciente a consultas de otros especialistas u otros terapeutas. Son muy importantes

las alternativas terapéuticas, y se debe ofrecer siempre otro tipo de tratamiento si se pensara que pudiera ser tan eficaz como el que se sugiere al paciente o, si siendo igual de eficaz fuera menos costoso o prolongado.

Una vez valorada la necesidad de tratamiento, debe tenerse en cuenta que la psicoterapia puede implicar cambios en la actitud y valoración de la realidad por parte del paciente, por lo que, volvemos a insistir, deben plantearse los objetivos terapéuticos. Según França-Tarragó (1996), tres son los posibles **objetivos** de una psicoterapia: 1) promoción de la autonomía; 2) promoción de la armonía; y 3) promoción de la perfección de la naturaleza humana.

Cuando nos referimos ahora a la autonomía como objetivo terapéutico, no estamos hablando de autonomía en el sentido ético sino de la facilitación al paciente del desarrollo de sus posibilidades personales. Esta opción psicoterapéutica encierra una visión basada en una cierta consideración narcisista e individualista del hombre. Lo que se busca es que el individuo experimente aquellas vivencias y pensamientos que le permitan estar a gusto consigo mismo aunque esto incluya una cierta indiferencia hacia la sociedad o hacia los demás. La meta terapéutica es favorecer el autocontrol y la autoestima, sin cuestionar el propio mundo de valores.

En el segundo caso, el de la promoción de la armonía, se busca el ajuste del paciente a los valores de la sociedad en que vive, la armonización con esa sociedad, la convivencia satisfactoria para él y para la sociedad. En cierta medida lo que aquí se plantea es más que valorar si algo es sano o no, si es deseable o indeseable para la sociedad. Se busca el hombre-sociedad, no el hombre narcisista e individualista.

Por último, la tercera opción, en cuanto a objetivos o fines de la psicoterapia, intenta que el paciente se acomode, no a los intereses de una determinada sociedad, sino a unos determinados valores que se consideran verdaderos en sí mismos. En este modelo hay una clara idea de lo que es una persona sana, y los objetivos terapéuticos buscan una determinada imagen de hombre sano e intentan que el sujeto se adapte a ellos. Aquí se incluyen aquellos terapeutas que creen saber qué es una personalidad madura o cuál es el carácter ideal, si es que esto es posible saberlo.

Aunque no pueden presentarse estos modelos tan definidamente como están expuestos, lo cierto es que vienen a indicar que bajo una u otra opción terapéutica se esconde una concepción distinta del hombre. ¿El fin de la psicoterapia es la

autonomía o la adaptación? ¿Qué es en este sentido lo éticamente adecuado? En el caso de tender a la autonomía en el funcionamiento vital, estamos hablando de fomentar la autoexperiencia, autoestima, autorrealización y seguridad en sí mismo. Si la finalidad es la adaptación, estamos trabajando por ayudar a que el individuo se adapte a los valores y modos del mundo en que vive. Posiblemente la finalidad de la psicoterapia es una suma de adaptación y autonomía. El psicoterapeuta debería plantear al paciente alcanzar un equilibrio entre las necesidades del individuo, la familia y la sociedad, siendo siempre respetuoso con las ideologías, valores y normas de los demás. Esto parece ser lo que respeta más claramente los principios éticos.

Pero no sólo la elección de los objetivos terapéuticos implica unas consideraciones éticas, sino también el tipo de **medios** que se escojan para lograr estos objetivos: ¿qué es lo que produce el cambio?, ¿qué es lo que lleva a la eliminación de los síntomas?. Las terapias del autoconocimiento y la autoaceptación parten de la base de que el cambio está dentro del mismo individuo y su capacidad de libertad. Las psicoterapias de modificación de conducta parten de que el cambio no reside en el interior del individuo sino en algo externo, porque el cambio consistirá en un aprendizaje de conductas previamente pautadas por el psicoterapeuta. Todo esto implica una concepción de la libertad y del ser humano distintas. Como ya señalamos al referirnos a los distintos modelos y teorías psiquiátricas.

Otro aspecto capital en toda psicoterapia, desde un punto de vista ético, es la **relación psicoterapéutica**. La psicoterapia permite mantener una relación terapéutica desde la que se puede ejercer una gran influencia sobre el paciente. La psicoterapia elimina algunos de los problemas propios de los psicofármacos pues no interpone entre el paciente y el médico un objeto como es el medicamento, pero suscita otros de no menor importancia dado que el método psicoterapéutico implica una relación interpersonal, y esta relación es muchas veces especialmente reservada, muy personal, y a veces intensamente emocional. Ello obliga a no salirse del marco terapéutico, pues el tratamiento dejaría de ser éticamente correcto y las expectativas del paciente tampoco corresponderían a las reales. El psicoterapeuta está obligado técnica y éticamente a controlar las interacciones que surgen en la relación. Hay que tener, pues, mucho cuidado con el respeto de los valores y con la manipulación.

Pero no imponer los propios valores no quiere decir aceptar las violaciones claras de la dignidad y derechos de los demás, pues esto vendría a ser una complicidad con el delito y, por tanto, éticamente reprochable. Aquí lo técnico y lo ético

se mezclan de nuevo, pues hacer observar estos flagrantes atentados contra la dignidad de los demás supone considerar la posibilidad de seguir o no la relación y el cambio terapéuticos.

Por último, ¿cuándo termina la relación terapéutica? Existe el riesgo de mantener al paciente más tiempo del que le corresponde en una psicoterapia. Es posible que un terapeuta, en función de su carencia de experiencia o por razones económicas o psicopatológicas, perpetúe la dependencia del paciente. Señalamos aquí lo dicho por Wolman (1985): cada terapeuta tiene la obligación moral de terminar tan pronto como su trabajo ya no aporte más mejoras adicionales y significativas para el sujeto. Si se han establecido unos objetivos y un camino a seguir, éste sería el momento de evaluar lo conseguido.

BIBLIOGRAFIA

1. Agazzi E. El bien, el mal y la ciencia: las dimensiones éticas de la empresa científico-tecnológica. Madrid: Tecnos, 1996
2. Amarante P. Algunas reflexiones sobre ética. Ciudadanía y desinstitucionalización en la reforma psiquiátrica. *Psiquiatría Pública* 1995; 3: 165-168
3. Aranguren LA, Vega LS. Enfermos mentales sin hogar: aspectos éticos de su atención. *Psiquis* 1996; 17: 97-110
4. Baca E. Ética y Psicoterapia. *Rev Med Univ Navarra* 1996; 40: 63-70
5. Barcia D, Pozo P, Ruiz ME. Análisis y valoración de la peligrosidad del enfermo mental. *Anal Psiq* 1993; 9: 420-430
6. Beutler LE. Values, beliefs, religion and the persuasive influence of psychotherapy. *Psy: The Res Prac* 1979; 16: 432-440
7. Bloch S, Chodoff P, Green S. *Psychiatric Ethics*. 3th ed. Oxford: Oxford University Press; 1999
8. Castilla A. El trabajo en equipo en los Servicios de Salud Mental de la Diputación de Valladolid. En: "El que-hacer en salud mental": Libro de ponencias de las VIII Jornadas de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Las Palmas: Caja Canarias, 1988; 403-411.
9. Castilla A, López M, Chavarría V, Sanjuán M, Canut P, Martínez M, et al. La carga familiar en una muestra de pacientes esquizofrénicos en tratamiento ambulatorio. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1998; 68: 621-642
10. *Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española*. Madrid: Espasa Calpe, 21ª ed., 1998

11. França-Tarragó O. *Ética para psicólogos: Introducción a la Psicoética*. Bilbao: Desclée de Brower, 1996
12. Fadden G, Bebbington P, Kuipers L. The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *Br J Psych* 1987; 150: 285-292
13. Gracia D. *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Eudema, 1989
14. Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: Eudema, 1991
15. *Guía de Formación de Especialistas (3ªed.)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1996
16. Kuhn Th. *La estructura de las revoluciones científicas*. México: FCE, 1971
17. Lefley HP. Ageing parents as care givers of mentally ill adult children: an emerging social problem. *Hosp Comm Psych* 1987; 38: 1063-1070.
18. López Aranguren JL. *Ética*. Madrid: Alianza Editorial, 1990
19. MacCarthy B, Lesage A, Brewin CR, et al. Needs for care among the relatives of long-term users of day care. *Psychol Med* 1989; 19: 725-736.
20. Oldridge ML, Hughes ICT. Psychosocial well-being in families with a member suffering from schizophrenia. An investigation into long-standing problems. *Br J Psych* 1992; 161: 249-251
21. Poch J, Talarn A. Entrevista psicológica e historia clínica. En: Vallejo J, *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 3ª ed. Barcelona: Masson-Salvat, 1993; 64-75
22. Schneider PB. *Propedéutica de una psicoterapia*. Valencia: NAU, 1979
23. Tizón JL. *Componentes psicológicos de la práctica médica*. Barcelona: Doyma, 1988
24. Warner R, de Girolamo G. *Esquizofrenia*. Madrid: Meditor, 1996; 1
25. Wolman BB. Problemas éticos para terminar la psicoterapia. En: Rosembaum M, *Ética y valores en psicoterapia*. México: Fondo de Cultura Económica, 1985; 202-223
26. Yllá L, González-Pinto A. Aspectos susceptibles de investigación médico-psicológica: los problemas de la relación médico-paciente. En: *Libro de Ponencias del II Congreso Nacional de Psiquiatría (Valencia, 4-8 Noviembre 1997)*, Barcelona: Doyma 1998; 47-60