

**Publicado en la Revista Bioética y Ciencias de la Salud, Vol6 Nº2. Sección:  
Investigación**

## **FUNDAMENTOS FILOSOFICOS DE LA ETICA EN PSIQUIATRIA. PERSPECTIVA HISTORICA.**

**Lourdes Mendiburu Belzunegui**

Doctora en Medicina, Especialista en Medicina Interna. Master en Bioética del ICEB.

### **INTRODUCCIÓN**

Actualmente nadie se plantea el por qué de la necesidad de la ética en la práctica psiquiátrica. Los autores más reconocidos a nivel internacional han publicado una tercera edición de su libro “La ética en psiquiatría” (Paul Chodoff y Sidney Bloch, asociando en esta última edición al Dr. Stephen Green). Estos autores nos confirman la buena acogida del discurso ético en psiquiatría: múltiples conferencias y congresos sobre el tema, la incorporación de la ética a los programas teóricos de la psiquiatría general y las subespecialidades psiquiátricas, numerosas publicaciones en revistas y libros sobre diversas facetas de este campo, la aparición de la nueva revista “Philosophy, Psychiatry and Psychology”, así como la creación de grupos específicos dentro de asociaciones nacionales como el Royal College of Psychiatrists británico y el Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Se puede afirmar que la ética psiquiátrica ha conseguido una posición firme en los asuntos psiquiátricos.(1).

En nuestro país, la Asociación Española de Neuropsiquiatría eligió el tema “ETICA Y PRAXIS PSIQUIATRICA” para su congreso del año 2000, cuyo libro de ponencias, constituye un “clásico” en este tema, según Diego Gracia. (2).

Asimismo textos que abordan temas más específicos dentro de la Ética y Psiquiatría y que me han servido para realizar esta revisión son: El consentimiento informado en psiquiatría (Jesús Sánchez-Caro y Javier Sánchez-Caro). Psiquiatría y derechos humanos (JJ Arechederra Aranzadi), informes periciales en psiquiatría (JJ Arechederra Aranzadi). El consentimiento en la utilización de fármacos, con un apartado específico para los psicofármacos (Manuel Amarilla y Cecilio Alamo). Confidencialidad en psiquiatría. Guía breve (A.S.E.D.E.F).

Exponente del interés de este tema es la existencia de un congreso sobre Ética y Psiquiatría en primavera-2003 en Roma en el Ateneo Pontificio “Regina Apostolorum” o las X Jornadas Nacionales de Bioética San Juan de Dios, que en ese mismo año llevan el título “Ética ante la fragilidad”.

Así pues, sean cuales fueran los fundamentos antropológicos de la ética que un psiquiatra tenga en consideración, (y que posteriormente abordaremos), hay una serie de problemas éticos comunes: la forma de evaluar los costes y beneficios morales de sus acciones; el modo de mantener la confidencialidad en situaciones de conflicto de lealtades; cómo conseguir el consentimiento del paciente para los procedimientos terapéuticos; la definición de los límites de la labor profesional sin caer en la arrogancia ni en la cicería; cómo encontrar un equilibrio entre el carácter igualitario del contrato y el paternalismo benevolente; cómo satisfacer los intereses de los pacientes, de la familia, de la comunidad;

cómo evitar la discriminación y el abuso de los pacientes ó cómo defenderlos cuando a menudo carecen de poder y de derechos, etc.(1).

Como recalca un autor español, entre las preguntas éticas que se plantea un psiquiatra están las siguientes: ¿Miramos (los psiquiatras) la relación riesgo/beneficio al indicar la hospitalización psiquiátrica?, ¿Se atenta a la dignidad de la persona al utilizar la contención mecánica? ó ¿al aislar al paciente del medio social durante más tiempo del estrictamente necesario? ó ¿si a los pacientes crónicos, por una supuesta laborterapia se les ocupa en las labores más ingratas?, ¿se cuenta con la aparición de disquinesia tardía al prescribir neurolépticos a largo plazo?, y ¿se advierte suficientemente a los pacientes de los efectos secundarios de los fármacos? ; en la psicoterapia, existe el riesgo de influir en creencias y valores del paciente: ¿nos preguntamos si nuestra influencia está siendo abusiva y estamos manipulando al paciente?, en investigación: ¿se valora la relación riesgo/beneficio para los pacientes?, etc.

Además, para valorar cualquier aspecto ético en psiquiatría, hay que tener en cuenta cuatro características de esta disciplina:

1. El psiquiatra tiene que valorar el estado mental de otros y emitir un juicio, lo cual implica gran responsabilidad porque puede suponer una estigmatización de por vida o porque el diagnóstico conduzca una pérdida legal de libertad: en psiquiatría la neutralidad es difícil de mantener.
2. La psiquiatría está cargada de ambigüedades: es difícil precisar los límites de la normalidad psíquica; en el fenómeno psicopatológico coexisten lo biológico y lo psicosocial, lo cual dificulta 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, ya que sujeto y trastorno son una misma cosa (las psicosis se caracterizan generalmente por una falta de conciencia de enfermedad). El paciente psiquiátrico ofrece al examen su malestar, su intimidad y su propia historia.
4. En psiquiatría la relación médico-paciente es un instrumento de exploración y de tratamiento (la situación de indefensión del paciente puede ser mayor aún que en otras ramas de la Medicina). (3).

Por otro lado, si es aún difícil la introducción de normas y protocolos que garanticen la eticidad de la practica médica en general, es fácil adivinar las resistencias, las trabas, las confusiones en la atención psiquiátrica, donde los pacientes más graves –los psicóticos- han sido considerados, cuando menos, unos menores más ó menos perversos precisados de tutela de por vida, y los menos graves –los neuróticos-, unos inmaduros inestables y de poco fiar. (4).

En un estudio sobre actitudes de los psiquiatras en su práctica (estudio internacional, que en España se pasó al 50% los psiquiatras), el 18% de los psiquiatras españoles encuestados consideran que en España no se respetan los derechos de los pacientes. Entre 13-16% conocen casos de abusos por motivos ideológicos o raciales. El porcentaje de los psiquiatras que conocen la existencia de abusos sexuales a pacientes es del 58%. Los psiquiatras encuestados tienden a adoptar una ética paternalista en la que prima la supuesta protección del paciente visto como un incapaz, sobre el respeto a sus derechos como persona. (5).

En nuestro país, la preocupación por las cuestiones éticas es reciente, surge sobre todo como un mecanismo defensivo de los médicos frente a la judicialización de la sociedad, y por

el aumento de exigencias de una población que se ha hecho más culta, más concedora de sus derechos. A modo de propuesta, los principios éticos no pueden reducirse a una declaración de intenciones. El conocimiento de la legalidad, y de los imperativos éticos que acechan la práctica psiquiátrica (sea en Hospital de Día, Centros de Salud Mental, en psicoterapia, o en Unidades de Hospitalización) se hace imprescindible para los profesionales de la salud mental; por el respeto que se debe a unas personas más vulnerables, por una mayor seguridad, y para favorecer la profesionalidad del psiquiatra. (4).

Como botón de muestra, basta señalar un reciente artículo publicado en EL MUNDO, donde la OMS denuncia que los enfermos internados en centros psiquiátricos sufren violaciones de los derechos humanos que van desde la falta de respeto a la privacidad hasta la exposición a graves tratamientos degradantes; señala la OMS que estas violaciones se dan tanto en países industrializados como en países en vías de desarrollo. (6).

### **2. PERSPECTIVA HISTORICA**

Desde los años setenta se ha analizado el estudio formal de la ética en psiquiatría; convirtiéndose en una nueva disciplina, considerando el papel del terapeuta, la naturaleza de la enfermedad mental y el medio cultural-religioso-social en que conviven paciente y terapeuta.

Antes de la segunda mitad del siglo XX existían pocos estudios formales de este tipo; falta de atención comprensible, porque la psiquiatría como profesión sólo se ha constituido en forma de especialidad médica recientemente, y porque los códigos existentes en la Medicina en general, eran útiles al aplicarlos a la Psiquiatría (en gran parte del s. XIX).

Los espectaculares cambios que se han dado en el campo de la psiquiatría desde la 2ª Guerra Mundial, han hecho que se prestase una especial atención a las cuestiones éticas particulares de esta disciplina.

Realizaremos un breve repaso desde el período grecolatino hasta nuestros días.

#### a) Período Grecolatino

En el Juramento Hipocrático, no se menciona la locura, sí hace referencia a la primacía de la salud del paciente y a la confidencialidad. En el mundo griego apenas existían disposiciones legales para los locos. La ley romana, en cambio, preveía la administración fiduciaria de la propiedad de una persona incompetente y otras limitaciones de sus derechos. Para aquellos que eran sometidos a tratamiento médico la severidad del mismo ó las limitaciones de la libertad eran prerrogativas del médico, y poco ó nada podían objetar el paciente ó su familia. Durante siglos los pacientes considerados locos siguieron recibiendo cuidados de forma aleatoria hasta el desarrollo de sistemas más convencionales y elaborados, primero con los hospitales y mucho más tarde, y sólo desde el siglo XX, con los diversos tipos de asistencia que son posibles cuando existe una amplia profesión dedicada a la salud mental.

#### b) La Edad Media y El Renacimiento

La Edad Media no supuso avances médicos para la enfermedad mental; de hecho la principal influencia sobre las actitudes hacia el enfermo mental provenía de la religión. Así, el profeta Mahoma proclamó que los locos eran los amados de Dios, especialmente elegidos por él para proclamar la verdad.

Se crearon hospitales y se constituyó una profesión médica bien instruida en el mundo musulmán, lo cual sugiere que el Islam se inclinaba por el cuidado humanitario de los enfermos. Se elevó el estatus del paciente al mismo nivel, como mínimo, que el del terapeuta, raro evento en la historia de la psiquiatría.

La tradición judía reflejada en el Talmud, describía a los locos como víctimas de una enfermedad, no de una posesión.

Las órdenes religiosas cristianas ofrecían un tratamiento humanitario, aunque limitado, a las personas con trastorno mental, pero fuera de los monasterios, los recursos existenciales europeos iban reduciéndose a consecuencia del paulatino deterioro del Imperio Romano. Hacia el final de la Edad Media se crearon hospitales para enfermos mentales, existían médicos y cuidadores humanitarios y se iban a multiplicar en número en los siglos XVI y XVII.

En algunos casos específicos la asistencia legal de los locos fue al parecer, sopesada y analizada. Se fue desarrollando un patrón de distinción razonable entre entidades congénitas y transitorias, de protección de los bienes e intereses de las personas consideradas incompetentes, y de rechazo a comportamientos punitivos o crueles.

En los hospitales de las órdenes monásticas los locos recibían una buena asistencia, de acuerdo con el aforismo de San Benito: “El cuidado de los enfermos ha de situarse por encima y por delante de cualquier otro deber”. Al suprimirse las ordenes monásticas en las naciones protestantes, el cuidado de los enfermos se resintió.

En general, en la Edad Media, el contexto ético en el que se tomaban las decisiones era la tradición religiosa local, lo cual podía suponer la exaltación de la caridad y comprensión, o bien justificar la adopción de medidas rigurosas, si existía la sospecha de posesión demoniaca.

### c) Del Siglo XVII a la Revolución Francesa

Los dos siglos previos a la revolución francesa fueron un período de mayor creación de hospitales pero sin clara mejoría en la asistencia al enfermo mental. La hipótesis lesional, cerebral o de otro origen corporal como causa de la enfermedad mental, dio origen a terapias opuestas. La corrección de lesiones específicas justificaba las terapias más potentes y destructivas, mientras que los tratamientos suaves se defendían en la creencia de que terapias extenuantes deteriorarían la capacidad natural para restablecer la salud (esto último era lo más frecuente en los hospitales gestionados por órdenes religiosas). Pero en general, los terapeutas del siglo XVIII consideraban que su trabajo era difícil y que eran necesarios procedimientos violentos (sangrías, calor, purgas, aislamiento, golpes, intimidación, etc.).

Tanto la Revolución francesa como la americana, dieron una nueva importancia al individuo en cuanto a sus derechos en el orden secular. ; el paciente sería víctima de un medio social y explotador. El hecho de atribuir las culpas a la sociedad exoneraba al enfermo, indicaba que la asistencia podía tener lugar en forma socializada y fomentaba una visión optimista del pronóstico, al menos durante el apogeo de la Revolución. En este sentido destaca Philippe Pinel, que adoptó actitudes más humanas que sus predecesores; creía que eran precisas pocas restricciones si se trataba a los pacientes con un respeto fundamental hacia su individualidad y dignidad.

Benjamín Rush, el padre de la psiquiatría norteamericana introdujo mejoras en el tratamiento de los pacientes a su cargo, en el hospital de Pensilvania, en Filadelfia. Ideó contenciones (para los pacientes hiperactivos y amenazantes) como la “silla tranquilizadora” que impedía los movimientos capaces de ocasionar un daño al paciente, al tiempo que reducía el flujo sanguíneo hacia el cerebro de acuerdo con sus teorías sobre la locura.

### d) El Siglo XIX

En 1803 el Dr. Thomas Percival publica una declaración de ética médica con el objetivo inmediato de reducir las disputas existentes entre los médicos del Hospital de Manchester (código de ética y honor profesional). Pero sus comentarios acerca de la situación de los enfermos mentales ponen de manifiesto el conflicto entre una asistencia humanitaria y la necesidad de preservar el orden: por ejemplo justifica la utilización de la “camisa de fuerza” para evitar castigos corporales aunque deseaba ser amable, creía que el médico que poseyera conocimientos específicos sobre los locos podía emprender acciones que pudieran parecer “cruels” a los médicos jóvenes con escasa experiencia.

Pero no quería que estos consejos se aplicasen con rigidez. Advertía que “es más acorde a la probidad errar por precaución que por temeridad”. Percival se esforzó en fomentar las inspecciones estrictas de los manicomios para comprobar lo adecuado de la asistencia y que nadie fuera ingresado sin un certificado médico así como la protección legal de los enfermos.

La American Medical Association constituida en 1847, adoptó un código de ética basado en la obra de Percival. La única referencia a los manicomios es una enumeración de las diversas instituciones que deben interesar a las autoridades tales como hospitales, escuelas, prisiones.

#### - d.1. *La aportación de Hooker*

Dos años después de la aprobación del código antes descrito, Worthington Hooker médico de Connecticut, publicó un estudio, reconocido cada vez más como un estudio pionero en la ética médica de los Estados Unidos. Dicho estudio tiene dos capítulos relacionados con la psiquiatría. En dichos capítulos, Hooker aboga por el confinamiento de las personas mentalmente enfermas y confiar en un “régimen”, o en la regulación de sus entretenimientos y sus ocupaciones físicas y mentales, dando realmente un pequeño papel a la medicina.

Recomendaba tratamientos precoces; para establecer si una persona estaba demente, Hooker era partidario del sistema francés, en el que un comité de expertos tomaba la decisión, tras una exploración llevada a cabo durante varios días; lamentaba que muchas veces la última palabra correspondiera a las autoridades policiales.

#### -d.2. *El hospital como almacén de seres humanos*

En varias décadas posteriores pocos problemas se plantearon en relación a pacientes psiquiátricos. El paciente internado tenía pocos derechos, y el primitivo estado de la psiquiatría implicaba un tratamiento que consistía, sobre todo, en el internamiento de los pacientes hasta que su comportamiento fuera normal, o al menos mejorara, hasta que su familia se lo llevara o falleciera. La atención personalizada era costosa y requería una gran dedicación. Los intentos de contactar con los pacientes con una supervisión cercana y amable, no podían sobrevivir a las oleadas de pesimismo acerca de la posibilidad de curación, la sobrecarga de pacientes sufrida por los cuidadores y la degradación de los hospitales hasta llegar a convertirse en “almacenes de seres humanos”.

Los supervisores de los manicomios americanos abogaban especialmente en favor de su derecho a tomar la mayoría de decisiones relacionadas con sus pacientes, desde el internamiento hasta la forma de organizar el hospital.

#### -d.3. *El caso Packard*

## BIOÉTICA Y PSIQUIATRÍA. LOURDES MENDIBURU.

Existían ocasionalmente dramáticos errores cometidos en el internamiento de los pacientes, fue particularmente notable el caso de la señora E.P.W. Packard internada en una institución de Illinois por su marido, un pastor protestante, quien consideraba peligrosas las creencias religiosas de su esposa (temía que su esposa corrompiese a sus hijos con sus ideas liberales). Los administradores la pusieron en libertad tras unos años, pero su marido la retuvo en su domicilio y trató de volver a internarla. En 1864, tras un juicio, fue declarada sana. Entonces ella emprendió una campaña para evitar que cualquiera pudiera ser internado sólo por expresar unas opiniones.

### *-d.4. Experimentación con nuevos procedimientos*

Se suscitaron cuestiones éticas ante la creciente experimentación de nuevos procedimientos e intervenciones.

Hubo tres casos especialmente criticados por médicos de EEUU y de Inglaterra (hoy los consideraríamos abusos en la investigación), a saber: 1. En Ohio el doctor Bartholow estudió el efecto de la estimulación eléctrica sobre la superficie cerebral expuesta a través del cráneo ulcerado de una paciente. La enferma falleció pocos días después. El Dr. Bartholow negó toda relación del experimento con su muerte, pero afirmó que no lo repetiría más.

- En Maryland, el Dr. Rohé, supervisor de un hospital de enfermos mentales realizó un trabajo acerca de las intervenciones sobre órganos genitales femeninos en ciertos casos de enfermedad mental.

-Una intervención similar realizó el Dr. Hobbs en Ontario.

Estas dos últimas (como la primera) fueron rápidamente cuestionadas, ética y científicamente por el Dr. Rusell.

En general en el siglo XIX hay una atmósfera de pesimismo en cuanto a la curación de la enfermedad mental, que también eclipsó la preocupaciones éticas (incluso el ya citado Benjamín Rush describía a los pacientes con comportamientos extraños como semejantes a animales dignos de ser “domados” como si fueran fieras salvajes).

### e) El Siglo XX

Al llegar al siglo XX la psiquiatría y profesiones relacionadas, se encontraban en pleno desarrollo, manifestando un gran optimismo, basado en los avances en la investigación biológica y la psiquiatría psicodinámica y social. Todavía había mucho paternalismo, en la aplicación de estos nuevos tratamientos. La psiquiatría se empezó a decantar en favor de las terapias y la búsqueda de métodos de curación abandonando el enfoque asistencial.

En la segunda mitad del siglo XX y, fundamentalmente a partir de 1980 tiene lugar la reforma psiquiátrica, que, al menos en nuestro país conlleva la reconversión y/o cierre de muchos “manicomios” para crear una red de atención primaria (centros de salud mental) con el fin de acercar a los pacientes mentales a la comunidad: prestación de atención psiquiátrica en los hospitales generales, centros de día, centros orientados más a la rehabilitación que a la pura reclusión, con todo el cambio sociológico que conlleva este nuevo modelo.

#### *e.1. La crisis de confianza en la capacidad de la psiquiatría*

Los abusos de la psiquiatría al servicio de estados totalitarios minaron la confianza de la población (casos de la Alemania nazi y la antigua Unión Soviética). La caída del comunismo en el este de Europa ha reavivado el desarrollo profesional de la psiquiatría. El amplio uso de la psicocirugía para tratar ciertos procesos en todos los países desarrollados (entre 1935 y 1955) también debilitó la confianza en la psiquiatría. Sólo en Inglaterra, Gales y EEUU, en el

período antes dicho se realizaron lobotomías ó técnicas similares en unos 30.000 pacientes. La psicología dejó de tener auge ante la oposición a dichos procedimientos, y, sobre todo, la existencia de nuevos fármacos psicotropos.

La antipsiquiatría, obtuvo por primera vez un peso significativo en la década de 1960. Los antipsiquiatras opinaban que la esquizofrenia no era una patología; y que la represión de la conducta de los pacientes sin su consentimiento era contraria a la ética. Pero, las investigaciones realizadas en las últimas décadas del siglo XX apoyando la existencia de determinantes biológicos ó genéticos en muchas enfermedades mentales, han contribuido a rechazar la consideración de éstas como meros constructos sociales.

No obstante, la antipsiquiatría ha creado mucha desconfianza hacia la competencia de los psiquiatras.

### *e.2.Nuevas cuestiones éticas en la práctica de la psiquiatría*

Fundamentalmente son tres:

1. Dudas hacia la eficacia de la psicoterapia. Desde 1950 ha habido un “ataque contra Freud”, acusando a la psicoterapia de “no científica”. Hay estudios que indican que la psicoterapia es efectiva para muchas neurosis (no se sabe exactamente el mecanismo). Ello, junto con la aparición de otros tratamientos psicofarmacológicos, ha provocado la aparición de problemas éticos acerca de la legitimidad de la psicoterapia por un lado, y del posible abuso del tratamiento farmacológico, por otro. También se admite, cada vez más, que tanto la psicoterapia como el psicoterapeuta son todo, menos neutrales en cuanto a valores se refiere (tema que abordaremos más adelante).

2. La “nueva economía” de la medicina. La gestión asistencial ha suscitado dilemas al insistir en las opciones terapéuticas con una mayor rentabilidad y más “necesarias desde el punto de vista médico”. El recorte de gastos en salud mental, para proporcionar asistencia al mayor número posible de pacientes, es un deseo noble pero plantea problemas éticos.

3. La aparición de nuevos fármacos. Implicaciones éticas de los posibles “fármacos de diseño” en el futuro, inductores de significativos cambios en la personalidad a voluntad, son grandes, como también lo es la pregunta de quién debería prescribirlos. (7)

## **FUNDAMENTOS FILOSOFICOS DE LA ETICA EN PSIQUIATRIA**

Como es conocido, Van Rensselaer Potter fue el primero que utilizó el término Bioética en su obra publicada en 1971 y lo definió como la parte de la Biología que se ocupa de emplear los recursos de las ciencias biológicas de modo que se obtenga, con su uso concreto, una mejor calidad de vida. No obstante, este término fue empleado en un sentido más amplio por otros autores y de esta forma quedó establecido para referirse a todas las consideraciones éticas inherentes en el cuidado de la salud y las ciencias biológicas.

En la concepción de Potter la bioética parte de una situación de alarma y de una preocupación crítica ante el progreso de la ciencia y de la sociedad que olvida cuál es el motivo por el que persigue esos logros científicos y tecnológicos: el ser humano, cada ser humano, un ser humano en concreto.

Resumiendo, resulta claro que el origen de la bioética está muy relacionado con algunos acontecimientos ocurridos en EEUU.

Los principales hitos que marcan los inicios de la bioética son: el informe Belmont en el que se señalan por primera vez los principios bioéticos, y en cuyo origen se encuentran los abusos cometidos en la investigación con seres humanos; y la influencia en la toma de

decisiones de las personas ajenas a las Ciencias de la Salud como filósofos y los propios pacientes.(8).

En la aportación filosófica me voy a detener algo más. Y es que, según la concepción antropológica que tengamos del hombre, la bioética que utilicemos va a ser diferente.

Los diversos modelos de bioética actuales parten de sus correlativos modelos filosóficos. En la Edad Moderna, a partir del discurso de Descartes, que diferenciaba la “res cogitans” y la “res extensa”, da lugar por un lado al empirismo (Hume), posteriormente a Hobbs y Locke, y de ahí procede el contractualismo, por ejemplo de Engelhardt (pragmático-utilitarista): es ético lo que es útil; atención a la relación coste-beneficio; el fin justifica los medios. Por otro lado, el racionalismo, que con el tiempo da lugar a la bioética subjetivista (Kant, Hegel), el idealismo alemán. También en este modelo subjetivista confluyen varias corrientes: liberalismo ético (Marcuse), existencialismo nihilista (Sartre); el autor actual más significativo es Singer (utilitarismo a ultranza). También, dentro del subjetivismo tendríamos al principialismo inicial (de Beauchamp y Childress; ya que, aunque hablan de unos principios, estos no tienen jerarquía, lo cual, en el fondo conduce al subjetivismo).

El modelo personalista (personalismo ontológico y la ética de virtudes), hunden sus raíces en la filosofía realista del siglo XIX, que entronca a su vez con la filosofía aristotélico-tomista.(9). Este modelo personalista (Maritain, Spaeman, Sgreccia, entre otros) hunde sus raíces en el hecho de que el hombre es persona porque es el único ser en el que la vida se hace capaz de “reflexionar” sobre sí misma, de autodeterminarse. Razón, libertad y conciencia representan una “creación emergente” irreductible al flujo de las leyes cósmicas y evolucionistas. Los principios fundamentales de la bioética personalista son: el principio de defensa de la vida física; el principio de libertad-responsabilidad; el principio de totalidad o principio terapéutico, finalmente el principio de sociabilidad y subsidiariedad.(10).

Siguiendo con la historia de la bioética merece especial mención el trabajo realizado por los filósofos Beauchamp y Childress titulado “Principios de Ética Biomédica” por la amplia repercusión en la bioética en EEUU y en el resto del mundo. En dicho libro se establecieron los principios que siempre deberían ser respetados en la ética biomédica: no-maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.

Se trata de una adaptación de la teoría de los principios “prima facie” de Ross y que rápidamente fue adaptada por los profesionales de la salud para poder resolver los diversos dilemas éticos. Tom Beauchamp, que participó en la elaboración del informe Belmont en el cual se hacía referencia sólo a tres principios, llegó a la conclusión junto a Jim Childress de la necesidad de diferenciar un cuarto principio, el de “no-maleficencia”, del mismo modo, que de la necesidad de aplicar estos principios a toda ética biomédica y no sólo a la ética de la investigación. Este modelo de bioética es llamado “principialismo”. En nuestro país, el psiquiatra Diego Gracia, adopta un principialismo moderado. (8).

Existe una autora reciente (María Elósegui) que, en su libro: “Fundamentos de la bioética y necesidades actuales”, propugna una metodología integrada entre los principios del principialismo y los del personalismo ontológico: Así, el principio de no-maleficencia se podría equiparar al de defensa de la vida física; el de beneficencia con el principio terapéutico; el de autonomía con el principio de libertad-responsabilidad y el de justicia con el de subsidiariedad. (9).

A partir de ahora voy a seguir a Tom L. Beauchamp en el libro “La ética en psiquiatría” (Bloch et al); describe algunas teorías éticas y su aplicación a la psiquiatría, a saber:

### 1. Las teorías utilitaristas

Para estos autores el objeto de la moralidad es favorecer el bienestar humano; una acción es correcta si conduce a maximizar las consecuencias positivas ó minimizar las



consecuencias negativas. Presentan cuatro rasgos esenciales: el principio de utilidad, el estándar de bondad (para algunos serían bienes primarios, para otros, satisfacción de deseos), consecuencialismo e imparcialidad.

Muchos filósofos se oponen al utilitarismo de acto acusando a sus partidarios de basar la moralidad en la mera conveniencia. Según las razones de un utilitarista de acto, dicen, es conveniente que un psiquiatra desvele información confidencial a la familia o a la policía si así libra de un peso a dicha familia o a la sociedad, ocasionando el mayor bien al mayor número de personas.

En el utilitarismo, con frecuencia aparecen dilemas que suponen conflictos entre las normas morales, por ejemplo conflicto entre las reglas de Confidencialidad y las que protegen el bienestar individual o social.

### 2. Teorías Kantianas

El principio supremo de Kant es el “imperativo categórico”. El punto de vista de Kant es que las acciones injustas, incluyendo la invasión de la privacidad, la sustracción y la eliminación manipulativa de información son “contradictorias”, es decir, no son conformes a aquello que los mismos deberes presuponen. En la ética contemporánea se formula la ética de Kant de la siguiente manera: “se debe actuar tratando a todos las personas como fin y nunca sólo como un medio”. Cuando se busca a voluntarios sanos para una investigación, el consentimiento de esas personas, justifica su utilización. El imperativo de Kant sólo requiere que las personas sean tratadas en tales situaciones con el respeto y la dignidad moral a la que todo el mundo tiene derecho.

### 3. Ética de la virtud (Thomasma, Pellegrino)

Procede de la tradición clásica griega (Platón y Aristóteles) que consideraron el cultivo de los rasgos virtuosos del carácter como la nota central de la vida moral.

Esta ética de la virtud puede parecer sólo de interés intelectual, pero tiene un valor práctico: es más probable que una persona moralmente buena, con deseos o motivos rectos, entienda lo que se debería hacer, realice los actos exigidos y elabore ideales morales, en contraposición con lo que puede esperarse de una persona mala o indiferente.

### 4. La ética del cuidado

Amplía algunos temas de la ética de la virtud centrados en la primacía del carácter, se focaliza en rasgos de las relaciones personales íntimas, como la simpatía, la fidelidad, el amor y la amistad. En esta teoría están llamativamente ausentes las reglas morales universales y las valoraciones imparciales.

Esta ética puede tener una presencia vigorosa en la ética psiquiátrica, pero no se puede generalizar ya que la conducta que en un determinado contexto es cuidadosa, en otro puede estar irrumpiendo en la intimidad o resultar ofensiva. La ética del cuidado es más importante, en el ámbito sanitario, en el caso del médico y personal de enfermería.

### 5. La casuística

Se centra en la toma de decisiones utilizando casos particulares, donde los juicios a los que se llega tienen en cuenta los alcanzados en casos previos. Los casuistas son escépticos respecto a la capacidad de los principios y de la teoría para resolver problemas en casos específicos. Piensan que muchas formas del pensamiento y del juicio moral no implican

apelar a normas generales, sino más bien a narraciones, ejemplos paradigmáticos, y precedentes establecidos por casos previos (es análoga a la jurisprudencia en el caso del derecho). Contiene ideas prácticas respecto al método en ética, no teniendo importancia sustantiva en psiquiatría.

### 6. Sistema de preceptos morales propugnados por Beauchamp y Childress

Son las que ya se han referido previamente. Beauchamp los describe de esta manera:

1. Respeto a la autonomía (respeto a la capacidad de una toma de decisión de las personas autónomas).
2. No-maleficencia (evitar causar daño).
3. Beneficencia (proporcionar beneficios y que éstos compensen los riesgos).
4. Justicia (imparcialidad en la distribución de los beneficios y riesgos).

Estos principios proporcionan un marco mediante el cual podemos identificar problemas morales y reflexionar sobre ellos. Los principios abstractos por sí solos no poseen suficiente contenido para ser aplicados a los matices de las circunstancias morales, como muestran con claridad las normas profesionales que rigen la psiquiatría.

#### *6.1 Respeto a la autonomía*

Es uno de los principios más mencionados en la ética psiquiátrica. Autonomía significa libertad frente a coacciones externas, y la presencia de una facultad mental crítica ejemplificada por la comprensión, la intencionalidad y la capacidad de tomar decisiones voluntarias.

Muchas cuestiones de ética en psiquiatría tienen que ver con defectos en el respeto hacia la autonomía de la persona, desde la revelación insuficiente y manipulativa de la información pertinente, hasta el no reconocimiento de un rechazo a los intervenciones médicas (se debe acatar una decisión autónoma de rechazo de un paciente autónomo e informado). Las implicaciones de este principio no han sido estimadas hasta épocas recientes.

A partir de 1970, las exigencias del consentimiento informado han ido imponiéndose en la medicina; experiencias que han originado problemas éticos también en psiquiatría; por ejemplo: podría parecer que un psiquiatra no puede imponer legítimamente un tratamiento a una persona con alteraciones mentales que no sea peligrosa, pero tampoco puede aceptar un consentimiento para su tratamiento como si fuese autónomo.

Si se requiere la autonomía para autorizar un tratamiento, entonces este no se podría autorizar aún cuando fuese beneficioso. ¿Hay algo que pueda garantizar el tratamiento? , ¿Habría que solicitar el consentimiento del tutor?, ¿Los propios beneficios terapéuticos constituyen una base moral adecuada para actuar?

El principio de respeto a la autonomía también se puede aplicar a cuestiones básicas del trabajo psiquiátrico: escuchar cuidadosamente la pregunta del paciente; reconocerle el derecho al tratamiento; los pacientes psiquiátricos son más vulnerables, lo cual lleva al sutil problema de cómo tratarlos con respeto sin hacer que sientan temor o se vean amenazados.

#### *6.2 No-maleficencia*

Entre los principios de ética médica más antiguos está el de “primum, non nocere” (ante todo, no hagas mal).

Para Percival, este principio estaría incluso por delante del de autonomía.

En psiquiatría, en relación a este principio existen muchos problemas: desde abusos patentes de las personas hasta sutiles cuestiones no resueltas. Existen ejemplos descarados de omisión en cuanto a la actuación no dañina en la práctica de la psiquiatría para clasificar a los disidentes políticos como enfermos mentales, y, a partir de ahí, tratarles con fármacos nocivos, y encarcelándoles junto a dementes y violentos. Los psiquiatras poco cuidadosos pueden causar perjuicio cuando no realizan adecuadamente una historia clínica, prescriben dosis incorrectas de medicación, fracasan en la vigilancia y tratamiento de los efectos secundarios, etc.

Paul S. Appelbaum ha planteado una importante y delicada cuestión en su investigación sobre “el problema de perjudicar” con el testimonio psiquiátrico en contextos penales y de litigios civiles. (Por ejemplo, al omitir información en el contexto de un proceso tras el cual se pronuncia una pena más grave de la que probablemente se habría impuesto).

También este problema se extiende a los casos de valoración de la competencia y se promueve un internamiento forzoso.

### 6.3 *Beneficencia*

Nos exige ayudar a los demás mas allá de sus legítimos intereses, evitando o eliminando habitualmente los posibles daños. Los beneficios que un psiquiatra puede contribuir a proporcionar incluyen la colaboración con los pacientes para encontrar formas adecuadas de apoyo económico y ayudarles a obtener el acceso a los cuidados sanitarios o a los protocolos de investigación. A veces el beneficio es para el paciente; otras veces para la sociedad. No existe el deber de beneficencia en cualquier circunstancia de riesgo.

Una de las motivaciones para separar la no maleficencia de la beneficencia, es que éstas entran en conflicto cuando uno debe proporcionar un beneficio o evitar un mal y no puede logra ambos.

### 6.4 *Justicia*

No existe un único principio de justicia, las teorías igualitarias de la justicia acentúan un acceso equitativo a los bienes primarios; las teorías liberales hacen hincapié en los derechos a la libertad social y económica, y las teorías utilitaristas destacan un empleo mixto de tales criterios para lograr la máxima utilidad pública y privada.

En caso de no existir atención universal a la población, el papel de la gestión de la asistencia psiquiatría puede plantear problemas de justicia distributiva: ¿qué formas de enfermedad mental deben cubrir los seguros sanitarios? y ¿cual es el papel del concepto de “necesidad médica” en el establecimiento de tales determinaciones?

Otro ejemplo: ¿Cuándo es legítimo burlar las restricciones de un sistema de seguro que un psiquiatra considera injustas? Un estudio realizado mostró que el 68% de médicos encuestados que percibían que un plan de seguros era injusto, estaban dispuestos a realizar afirmaciones falsas a terceros para obtener los pagos para sus pacientes.

## 7. Naturaleza y función de los principios morales

W.D Ross desarrolló una teoría destinada a ayudar en la resolución de problemas de conflictos entre principios. Contrapone los deberes “prima facie” (prioritario) a los deberes reales. El deber prima facie es prioritario, a no ser que entre en conflicto con un deber igual o más urgente. Un deber prima facie siempre es correcto y obliga, siendo indiferentes los demás aspectos y no se ve superado ni condicionado por otras exigencias morales que entren en

competencia. Un deber real queda determinado por el examen del peso respectivo de los deberes prima facie en competencia.

Así: si un psiquiatra se enfrenta a deberes de confidencialidad, de no maleficencia y de beneficencia, ¿debe transgredir la confidencialidad?

Hay autores que afirman que la confidencialidad sólo tiene una excepción: “cuando un tribunal de justicia ordene al médico revelar información”. Para otros, en caso de coacción del paciente al psiquiatra, ó la posibilidad de riesgo publico masivo ocasionado por el paciente, serían también excepciones a la confidencialidad.

Habría que recurrir a la especificación y reforma moral. Los principios morales deben ser especificados para cada contexto. En ética biomédica es fundamental una especificación progresiva, sobre todo en la formulación de un programa público e institucional. Por ejemplo: parece legitimo tener en consideración un rechazo al tratamiento, cuando está en juego un significativo beneficio de salud en aquellos pacientes con un trastorno transitorio o un nivel de competencia disminuido, y casos similares. Sería demasiado rígida una doctrina que afirmara que siempre hay que aceptar un rechazo, pero resultaría arbitrario hacerlo en unos casos y no en otros sin unos criterios razonables.

En todo caso, las especificaciones propuestas pueden examinarse en la práctica y comentarse con otros profesionales que trabajan en circunstancias similares.

### 8. Moralidad profesional

#### 8.1 *Paternalismo médico*

La esencia del paternalismo es soslayar la autonomía de una persona con la intención de proporcionarle un beneficio médico.

Para Beauchamp, ejemplos de paternalismo son: el internamiento forzoso en instituciones para recibir un tratamiento, los intervenciones para detener los suicidios “racionales”, la reanimación de pacientes que hayan pedido que no se les reanime, la ocultación de información médica solicitada por los pacientes, los cuidados psiquiátricos forzosos y la denegación de un tratamiento innovador a los pacientes que deseen probarlo.

Los filósofos y abogados han apoyado el punto de vista de que las intervenciones sólo pueden ser válidas cuando los pacientes sean de alguna manera incapaces de elegir voluntariamente ó de realizar acciones autónomas.

Para otros, defensores del paternalismo, éste está justificado si, y solo si, los daños que se eviten a la persona sean mayores que los daños o afrentas (si las hubo) causadas por la interferencia en su libertad.

La fuente fundamental de diferencias entre los partidarios y detractores del paternalismo descansa en el énfasis que cada uno concede a la capacidad para la acción autónoma de los pacientes que realizan “una elección”.

#### 8.2 *Etica en la vida profesional*

La mayoría de las profesiones suponen, al menos implícitamente, una moralidad profesional con pautas de conducta aceptadas ampliamente. El reciente interés por el tema de las relaciones sexuales entre psicoterapeutas y pacientes, surgió en un contexto en el que los puntos de vista morales ya se encontraban muy presentes en la profesión. En los últimos años ha aumentado la educación formal y los intentos de codificación de la moralidad profesional.

La moralidad presente en dichos códigos incluye la responsabilidad hacia el paciente, ó hacia el sujeto de investigación (consentimiento informado, confidencialidad, respeto a la intimidad), responsabilidad hacia la sociedad, hacia los compañeros, patronos y las fuentes de

financiación. Pero los patrones morales, deben ser distinguidos de los patrones legales. La ley especifica la conducta permisible (lo que uno tiene derecho a hacer) mientras que la moralidad especifica la conducta obligatoria e ideal (lo que es correcto y lo que es mejor hacer). La medicina y la ley tiene a veces orientaciones diferentes(hay médicos partidarios del suicidio asistido, hecho que está prohibido por la ley y por los códigos médicos). (11).

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Bloch S, Chodoff P y Green S.A Introducción. En: Bloch S, Chodoff P y Green S.A. (editores) La ética en psiquiatría. 1ª edición española. Madrid, Triacastela, 2001: 13-17.
2. Gracia, Diego. Prólogo. En: Santander F (coordinador). Etica y Praxis psiquiátrica. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios/ 23. Madrid. 2000.
3. Castilla, Aurelio. Implicaciones éticas de la participación del paciente psiquiátrico en su tratamiento. Bioética y Ciencias de la Salud 2000; 4(1):10-11.
4. Desviat, Manuel “Etica y psiquiatría” [En línea]. Interpsiquis. 2001; (2). >[http://www.psiquiatria.com/imprimir\\_at?2670](http://www.psiquiatria.com/imprimir_at?2670)>[consulta: 7-Febrero-2003].
5. Desviat M, Gonzalez C, Gonzalez A, Moreno A, Perez E, Ponte N et al. Actitudes éticas y práctica clínica de los psiquiatras españoles. Psiquiatría Pública 1999; 5-6 (11): 147-156
6. Corresponsal en Ginebra. EL MUNDO. 23-Mayo-2003.
7. Musto D.F. Perspectiva histórica. En: Bloch S, Chodoff P y Green S.A (editores). La ética en psiquiatría. 1ª edición española. Madrid. Triacastela, 2001: 19-34.
8. Ruíz Canela M, Espejo Mª D. Historia y definición de la Bioética. En: Espejo Arias MªD y Castilla García A. Bioética en las Ciencias de la Salud. Asociación Alcalá (Jaén) 2001: 3-12.
9. Postigo, Elena. Master de Bioética. Clases de fundamentación, Mayo 2003. ICEB. Córdoba.
10. Sgreccia, Elio. Justificación epistemológica, fundamentación del juicio bioético y metodología de la investigación en bioética. En: Sgreccia Elio. Manual de Bioética.México. Editorial Diana.1996: 51-79.
11. 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.