

BIOETHICS AND MENTAL HEALTH:  
REFLECTIONS ABOUT THE AFFECTION  
AND THE RESPONSIBILITY  
IN THE PROFESSIONAL-  
PATIENT RELATIONSHIP

▶ **O96**  
Bioética

BIOÉTICA E SAÚDE MENTAL:  
REFLEXÕES SOBRE A DOENÇA E A  
RESPONSABILIDADE NA RELAÇÃO  
PROFISSIONAL-PACIENTE

- ▶ **María José Sánchez Vazquez\***
- ▶ **Héctor Blas Lahitte\*\***
- ▶ **Vicente Ortiz Oria\*\*\***

# Bioética y Salud Mental:

reflexiones sobre la afección y  
la responsabilidad en la relación  
profesional-paciente

▶ **Fecha de recepción: febrero 9 de 2015**

▶ **Fecha de evaluación: marzo 25 de 2015**

▶ **Fecha de aceptación: mayo 18 de 2015**

\* Magister en Ética Aplicada, de la Universidad de Buenos Aires, Argentina; licenciada, profesora y doctoranda en Psicología, de la Universidad Nacional de la Plata, Argentina; especialista en Docencia Universitaria, de la Universidad Nacional de La Plata. Profesora investigadora adjunta a cargo de cátedra de la Facultad de Psicología, de la Universidad Nacional de La Plata. Correo electrónico: mjsvazquez@psico.unlp.edu.ar

\*\* Doctor en Ciencias Naturales y licenciado en Antropología, de la Universidad Nacional de La Plata, Argentina; doctor en Psicología Social, de la Universidad John Kennedy. Profesor investigador titular de cátedra de la Facultad de Ciencias Naturales y Museo, de la Universidad Nacional de La Plata; investigador principal del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas CIC. Correo electrónico: lahitte@fcnym.unlp.edu.ar

\*\*\* Doctor en Psicología, de la Universidad de Salamanca, España. Vicedecano de la Facultad de Psicología, de la Universidad de Salamanca; Profesor investigador de la Facultad de Psicología, de la Universidad de Salamanca. Correo electrónico: vortiz@usal.es

Cómo citar: Sánchez Vásquez, M. J., Blas Lahitte, H. y Ortiz Oria, V. (2015). Bioética y salud mental: reflexiones sobre la afección y la responsabilidad en la relación profesional-paciente. En: *Revista Latinoamericana de Bioética*, 2(29), 96-107.

## RESUMEN

En este artículo exponemos una lectura crítica sobre la responsabilidad y la afección mutua en encuadre profesional de salud mental. El marco referencial es la antropología cognitiva relacional y la ética de tipo hermenéutico. Proponemos un modelo conceptual-aplicado que supere una visión bioética centrada solo en la agencialidad y la competencia autónoma para tomar decisiones, donde lo que prima es el juicio médico. Sobre la base del *principio de reconocimiento* entendemos la importancia del encuentro profesional-paciente como un espacio intersubjetivo donde cada uno pueda responder desde su *ser-capaz* y decidir conjuntamente. El encuentro profesional con el que sufre un padecimiento mental se inserta en la vía del acontecimiento. Desde esta perspectiva, el restaurar un supuesto equilibrio perdido no es el objetivo profesional; más bien, atender las posibles formas de reestructuración particular que el individuo llamado "enfermo" ha desarrollado como recursos de convivencia. Desde estas ideas principales, se concluye en la necesaria convicción bioética de un profesional solícito, humanista y personalista para poder responder así a las problemáticas particulares del paciente en salud mental.

## Palabras clave

Bioética, salud mental, ética hermenéutica, antropología cognitiva, relación médico-paciente, responsabilidad.

## SUMMARY

In this article, we present a critical reading about responsibility and mutual affection in the professional setting of mental health. The frame of reference is the relational Cognitive Anthropology and Ethics hermeneutics. We propose a conceptual-applied model to exceed a bioethical vision focused only on the agency and the autonomous competence to make decisions, where the most important thing is the medical judgment. Based on the *Principle of Recognition* we understand the importance of the meeting professional – patient as an intersubjective space where everyone can respond from their being-able- and decide together. The professional meeting with the person who suffers a mental condition implies the recognition of others. In this perspective, restore a supposed lost equilibrium is not the goal of the professional; rather, addressing such specific forms of particular restructuring that the "sick" individual has developed as resources for coexistence. From these main ideas, it's concluded in the necessary bioethics conviction of a caring, humanist and personal professional to respond to the specific problems of mental health patient.

097

## Keywords

Bioethics, mental health, ethics hermeneutics, cognitive anthropology, professional-patient relationship, responsibility.

## RESUMO

Neste artigo apresentamos uma leitura crítica sobre a responsabilidade e a afeição mútua no encuadre profissional da saúde mental. O quadro de referência é a antropologia cognitiva relacional e a ética do tipo hermenéutico. Propomos um modelo conceptual-aplicado que supere uma visão bioética focada apenas na agencialidade e o poder autónomo para tomar decisões, onde o que prevalece é a avaliação médica. Sob a base do *princípio do reconhecimento* compreendemos a importância do encontro profissional-paciente como um espaço intersubjetivo, onde cada um pode responder a partir de seu *ser-capaz* e decidir em conjunto. O encontro profissional com quem sofre de uma doença mental é inserido no trajeto do evento. A partir desta perspectiva, restabelecer um suposto equilíbrio perdido não é o objetivo profissional; em vez disso, atender as possíveis formas de reestruturação particular que o indivíduo chamado "doente" tem desenvolvido como um recurso para a coexistência. A partir dessas ideias principais, conclui-se na necessária convicção bioética de um profissional atencioso, humanista e personalista para responder aos problemas específicos do paciente de saúde mental.

## Palavras-Chave

Bioética, saúde mental, ética, hermenéutica, antropologia cognitiva, relação médico-paciente, responsabilidade.

*Es de creer que las pasiones dictaron los primeros gritos  
 y que arrancaron las primeras voces [...]  
 No se comenzó por razonar sino por sentir*  
**Jean-Jacques Rousseau**

## INTRODUCCIÓN

Las prácticas de tipo científico-profesionales que son desarrolladas en ámbitos de la bioética implican hoy interrogantes básicos, por cuanto las acciones que se llevan a cabo comprometen directamente un saber-hacer sobre otros individuos en condiciones de vulnerabilidad, a veces extremas, como el caso de las llamadas “enfermedades mentales”. Según Luna y Salles (1995), las preguntas razonables que podemos formularnos los profesionales de la salud desde la bioética pueden resumirse en: ¿cómo tomamos o elegimos seguir determinadas decisiones morales respecto de la vida y la salud de quienes tenemos a nuestro cargo profesionalmente?, ¿cuáles son las responsabilidades y obligaciones que tenemos en el desempeño del rol profesional hacia otros y hacia nosotros mismos? y ¿qué debemos hacer por el bienestar de los individuos y de la sociedad de la cual somos parte? Creemos que el modo en el que resolvamos estas preguntas en nuestro trabajo profesional tiene mucho que ver con la perspectiva ético-antropológica que adoptemos.

En el presente trabajo, vamos a desarrollar una propuesta integral sobre la responsabilidad y la aficción mutua en el encuadre profesional-paciente. La misma forma parte de las investigaciones de nuestro equipo realizadas en el marco de la ética de perspectiva hermenéutica y la antropología cognitiva de base relacional.

Hoy día, existe un renovado interés por los estudios del afecto y de lo relacional. Si bien no es nuestro interés primordial en esta presentación el análisis de los principales supuestos filosóficos (ontológicos y epistemológicos) de estos desarrollos en las ciencias sociales, diremos que los mismos se aúnan bajo algunas características comunes inspiradas inicialmente en la obra de Spinoza y expresados en su *Ética demostrada según el orden geométrico* (1995). En general, se trata del abandono de la división mente-cuerpo sostenida por Descartes y la defensa de una filosofía anti-esencialista (Stenner, 2011). Alfred N. Whitehead, desde su filosofía del organismo, es una de las fuentes que ha desencadenado líneas de pensamiento en los estudios del afecto

actuales (Lara, 2015). Su idea de los procesos relacionales conforma la base epistemológica desde donde partimos para hablar de aficción y corresponsabilidad en el mundo de lo humano. Para este autor, las entidades tienen un carácter relacional. A principios del siglo XX, Whitehead (1985) afirmaba que el conocimiento humano consiste en una relación constituyente que se da entre el sujeto que conoce y lo conocido. Los grupos de individuos comparten una experiencia diaria y a partir de allí construyen una noción de realidad y del hombre, estableciendo parámetros sobre la verdad, lo valioso, el error, lo posible y lo normal para ellos. Las representaciones no están separadas de las acciones que se realizan, de los modos del vivir. A la vez, las ideas suelen orientar las acciones. El circuito se retroalimenta: sobre la base de lo que se piensa, se actúa, y estas acciones efectivas generan nuevas ideas que orientan nuevas conductas. Entre cada idea y acción siempre hay algún tipo de evaluación y decisión efectuada, intencionada o no. En este panorama, hay que tener en cuenta que este circuito recursivo pensamiento-decisión-acción-pensamiento se genera siempre en el marco de un contexto específico que incluye a otros (Lahitte, 2000). Al establecer este carácter relacional en el mundo de los vivientes, Whitehead avanza en la disolución de las concepciones bipartitas (humano-natural, mente-cuerpo, yo-otros, bueno-malo, correcto-incorrecto); entendiendo que todas las entidades son parte de un mismo proceso unificado. Para él todas las formas de experiencia —lo que sucede— implican estados emocionales, en los cuales las entidades (organismos, individuos) interactúan entre ellas y se afectan las unas a las otras. En síntesis, sentir algo significa ser afectado y cambiado por ese algo: “no hay nada en el mundo que sea meramente un hecho inherente. Cada realidad está ahí por el sentimiento: promueve sentimientos; y es sentida” (Whitehead, 1985, p. 41).

Desde la antropología cognitiva, en esta línea, sostenemos que no hay procesamiento ni comportamiento individual independiente del contexto ecocultural. Los intercambios con el ambiente, la vida misma, ocurren en el espacio donde los individuos habitan y participan a través de su conducta afectiva y adaptativa. Así, la adaptación es entendida como condición de la existencia del sujeto; donde el sujeto no solo se adapta a un medio, sino que también se adapta por el medio que él suscita y estructura con otros. Siempre hay una coconstrucción de una “realidad” que incluye el reconocimiento de los puntos

de vista de otros, pero también la idea que tenemos de ese “otro”. Esta aproximación en antropología no indaga formas patológicas del pensamiento y acciones consecuentes, sino que busca las configuraciones del pensamiento que los sujetos construyen culturalmente sobre la base de sus construcciones o interpretaciones —todas igualmente posibles— de las cuales algunas de ellas logran su realización. Desde esta perspectiva cognitiva se busca entender cómo otras culturas y los sujetos que la desarrollan construyen su realidad e idea del “otro”; lo cual implica aprender a reconocer las propias configuraciones, los estados mentales que las hacen posibles y cómo somos afectados por lo otro (Lahitte y Ortiz Oria, 2005b). En esta construcción se incluyen, por cierto, cómo pensamos lo normal, el binomio salud-enfermedad y lo patológico en sentido físico y psicológico.

Finalmente, los conceptos de salud y de enfermedad en el marco de esta reflexión ético-antropológica están relacionados con la bioética entendida como una “ética de la vida”. Domingo Moratalla (2007) define la bioética a partir de un triple sentido: en primer lugar, como una ética dedicada a los problemas de la vida humana biológica: el nacer, el morir, la enfermedad en el transcurso de la vida y también las investigaciones terapéuticas —relacionadas con los tratamientos y curación— y no terapéuticas —relacionadas con el aumento del conocimiento sobre las posibles mejoras o cambios en este nivel biológico—; en segundo lugar, como una ética que abarca, además, los problemas de la vida en general: el modo como se relaciona el ser humano con el medioambiente, es decir, con la dimensión ecológica (Lahitte y Sánchez Vázquez, 2011), y en tercer lugar —entrelazado con los anteriores— la ética entendida como el abordaje de la vida biográfica: la historia identitaria de cada individuo en su relación con la vida, con los otros y todos los fenómenos culturales y sociales; lo que va configurando la narrativa individual en la dimensión civil de lo bioético, a partir de la educación y participación del ciudadano a nivel global.

Así, nuestra investigación reflexiva intenta responder a las preguntas iniciales formuladas desde un modelo conceptual que supere una visión bioética centrada en la agencialidad individual y la competencia autónoma de los sujetos para tomar decisiones (o, en su paliativo, el paternalismo del profesional cuando aparece la incapacidad e incompetencia del paciente). A diferencia, desde una ética hermenéutica-situacional y una antropología relacional proponemos avanzar sobre la idea de

que es en la intersubjetividad del reconocimiento donde los sujetos son afectados mutuamente y desde donde toman sus decisiones. La responsabilidad comporta siempre una “tensión ética” (Domingo Moratalla, 1998) dada entre al menos dos que son afectados (profesional y paciente), con una alternancia participativa simétrica, y conflictiva a la vez, entre la vulnerabilidad y la autonomía de ambos actores. En ese “lugar” del encuentro cada quien otorga sentido, interpreta, da valor y responde en las prácticas que los involucran.

En lo que sigue, desarrollaremos las ideas principales analizando el encuadre bioético que une al profesional y al paciente en la vía del acontecimiento, lo cual ha de distanciarnos de una mera lectura aplicacionista.

## LA RESPONSABILIDAD COMO VALOR EN LA ÉTICA PROFESIONAL

Según Cortina (1996), la tarea de quienes se dedican a la ética aplicada está centrada en reflexionar sobre la presencia de principios y orientaciones morales en los distintos contextos de la vida cívico-social, entre ellos los profesionales. Hoy entendemos que esta reflexión tendrá que ser siempre interdisciplinaria y abierta al diálogo argumentativo, dada la complejidad y magnitud de los nuevos conflictos de época, de alcance mundial. En el panorama actual, la responsabilidad aparece como un valor ético relevante que es abordado desde diferentes disciplinas (la filosofía, el derecho, la psicología, la antropología, la sociología, entre otras).

En el marco de la actuación profesional, el concepto de *responsabilidad* gira en torno a cómo debería manejarse un profesional cuando desarrolla su rol, de acuerdo con parámetros establecidos culturalmente. El término *responsabilidad* es relativamente novedoso en nuestras sociedades, aparece en el derecho romano recién en el siglo XVIII. Su significado deriva de la etimología grecolatina. Desde su origen latino, el verbo *spondere* (del cual procede *respondere*) alude a “prometer solemnemente”, “jurar”, “asumir una obligación”; mientras que el sustantivo *sponsio* signa directamente “obligación”, y estaba ligado originalmente a la promesa asumida por los prometidos (*sponsi*) en el acto del matrimonio. En la vida jurídica romana el llamado *acto del spóndeo* refiere la acción realizada entre al menos dos individuos a partir de la enunciación de fórmulas legales

que significan “comprometerse en algo” o “prometer solemnemente”. Así, respecto de las acciones realizadas —u omitidas— de un agente frente a otro/s, la responsabilidad está ligada, desde su origen, con el concepto de *obligación*. Una problemática compleja surge en relación con el tema de la adscripción de responsabilidad y la competencia de los individuos para asumirla, lo que denominamos *agencialidad autónoma* para asumir tal o cual obligación. Siguiendo a Cruz (2000), hay que tener en cuenta que la responsabilidad no aparece desde cero, solo como una decisión individual, sino como un modo de responder a un llamado que interpela lo propio. Se nos adscribe autoría por nuestros actos y se nos demanda responsabilidad por ellos.

En este punto es interesante destacar la dimensión intersubjetiva y pública que un acto denominado responsable comporta. Si nos detenemos en la perspectiva colectiva, pública, de la responsabilidad y respecto de las acciones científico-profesionales, constituye un factor importante el hecho de que los destinatarios de las prácticas profesionales en el ámbito de la salud sean otros individuos en condiciones de relativa autonomía o de vulnerabilidad expuesta, de acuerdo con el padecimiento que estén atravesando. La pregunta en términos del *deber ser* responsable de un profesional tiene consecuencias importantes en la vida pública y personal de los individuos, las que sobrepasan los ámbitos netamente disciplinares para ser evaluadas desde ópticas jurídico-normativas. En nuestras sociedades occidentales, la estimación de las consecuencias de un acto profesional vía la responsabilidad determina muchas veces la imputación al profesional por mala praxis (negligencia, imprudencia o impericia jurídica), cuestión no menor por sus efectos en los fueros civiles y penales.

La responsabilidad es así un valor que los profesionales de la salud incluimos en nuestras actividades. Esta puede ser entendida en un doble sentido: como actitud personal electiva que considera el cuidado del otro a cargo y también como obligación moral normatizada e impuesta por el desempeño de un rol público (Etxeberria Mauléon, 2002; Sánchez Vazquez, 2008).

Respecto de la noción de “valor”, es necesario aclarar cuál es el estatuto epistémico que le atribuimos aquí. Entendemos que los valores nos sirven básicamente para acoplarnos a la realidad de una manera singular. De acuerdo con esto, funcionan como las distinciones, referencias, que nos permiten reconocer el sentido de nuestros actos.

Si bien los valores son transmitidos de generación en generación —reforzados siempre por el aprendizaje familiar, escolar, cultural—, en última instancia constituyen el resultado de una experiencia que va mapeándose a través de sucesivas preferencias o dominios electivos. Ellos forman parte de nuestro *ethos* —individual y cultural a la vez—, orientan nuestras acciones y justifican nuestro hacer. Nuestros comportamientos, lo que los otros perciben de nosotros, están en definitiva modelados por los bienes que consideramos prioritarios. Así el *ethos* resulta en un entramado entre valores y conductas consecuentes que definen la identidad de cada quien en términos de personalidad moral (“x es un profesional responsable” o “p es una persona deshonesto”, por ejemplo). El término *valor* designa entonces todo sentimiento-preferencia que direcciona nuestras elecciones. No son objetivos ni subjetivos, no son valiosos o no valiosos per se, no pueden estimarse buenos o malos a priori de las interacciones dadas; solo se actualizan en una relación establecida con un otro y, desde ella, interpretamos su sentido y los evaluamos.

Si tenemos en cuenta la significación ético-social de las actividades profesionales en nuestra cultura occidental, la responsabilidad es un valor que se relaciona directamente con el ámbito de lo público. Para Cortina y Conill (2000), el denominado “ámbito de lo público” en la actualidad ha dejado de ser solo el espacio de lo político para pasar a comprender, al menos, otros cuatro tipos de instituciones pertenecientes a la sociedad civil: las entidades económicas, la opinión pública, las asociaciones cívicas y las actividades profesionales. Poder pensar responsablemente en una sociedad mejor, más justa, con mayor equidad y calidad de vida, nos exige optar no solo por uno de estos ámbitos, sino también trabajar desde cada uno, en atención a considerar nuestra realidad social como poliárquica (gobernada por todos). Respecto de las actividades profesionales, según Cortina, la responsabilidad ética implica anteponer al mero *ethos* burocrático —o sea, el profesional que acciona solo ateniéndose al mínimo legal vigente, a “lo que me dicta la norma”—, un verdadero *ethos* profesional —es decir, aquel que está atento a la excelencia y calidad en el trabajo con las personas concretas, a los modos de interrelación con el otro “de carne y hueso”—.

En síntesis, la estimación de una actitud responsable en el ejercicio público de la profesión —en nuestro caso, basada en el llamado “juicio médico”— incluye el valor de la preocupación moral y jurídica por el otro a nuestro

cargo, el que se nos presenta en condición de relativa autonomía-vulnerabilidad. Establecida la relación profesional-paciente bajo la égida de la responsabilidad, ese otro se nos convierte, en términos jurídicos, en un sujeto de derechos plenos, y en términos morales en un sujeto de cuidado, estima y respeto (Sánchez Vazquez, 2008).

### LA RESPONSABILIDAD PRUDENCIAL EN LA RELACIÓN PROFESIONAL-PACIENTE

Dejando de lado los aspectos jurídicos de la responsabilidad profesional —no por ello de menor importancia—, vamos a centrarnos en la dimensión ético-antropológica desde una perspectiva relacional. Este punto de vista nos permitirá valorar que toda actitud responsable es, en definitiva, una construcción participativa, de afecciones mutuas.

Si nos situamos en un punto de vista individualista —lo que en general sucede con los planteos estándares de la bioética médica y la responsabilidad—, el procedimiento de un profesional llamado responsable consiste básicamente en la aplicación criteriosa y más o menos equilibrada de ciertos principios generales como el respeto por la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia distributiva a los casos o situaciones particulares (Beauchamp y Childress, 1981). Aquí la participación del paciente en la toma de decisiones respecto de su salud-enfermedad depende de la atribución que hiciera el profesional tratante respecto de la agencialidad autónoma del mismo paciente. En el caso que se estime que el ejercicio

de la autonomía no es posible, el paternalismo profesional es la acción consecuente responsable que deberá ejercerse en aras de la protección o beneficio del otro a cargo y la pronta restitución de una autonomía posible. Si bien este procedimiento ético establecido en el binomio profesional-paciente es ajustado a lo que hoy podemos considerar el respeto por los derechos humanos sobre quienes ejercemos nuestra profesión, creemos que resulta insuficiente para la dinámica relacional que puede instalarse en el ámbito de las ciencias de la salud.

A diferencia, una mirada relacional de la bioética nos permite apreciar que los sujetos, sus historias, sus narraciones y sus contextos de actuación están intergrados de modo más complejo que la visión unidireccional que puede ofrecer la bioética estándar de tipo aplicacionista (principio-caso). La intención ética parte, en nuestra perspectiva, desde el principio de reciprocidad y el reconocimiento de que la autonomía de los participantes puede ser desplegada en variadas formas de ser-capaz. Más que de habilidad individual para decidir o no sobre la propia vida y situaciones (agencialidad autónoma), preferimos hablar de reflexividad coparticipante.

La reflexividad, en términos relacionales, es una capacidad a partir de la cual el sujeto (el sí mismo) se manifiesta en un movimiento intencional de ida y de vuelta. En el acto reflexivo, el individuo sale fuera de sí, se distancia, va al mundo, se encuentra con el otro que lo limita y lo enfrenta a muchas formas de conflictos (con su cuerpo, con su voluntad, con sus intenciones, etc.). Pero este acto de

▶ 101

La tarea de quienes se dedican a la ética aplicada está centrada en reflexionar sobre la presencia de principios y orientaciones morales en los distintos contextos de la vida cívico-social, entre ellos los profesionales. Hoy entendemos que esta reflexión tendrá que ser siempre interdisciplinaria y abierta al diálogo argumentativo, dada la complejidad de los nuevos conflictos de nuestra época, de alcance mundial.

“salirse de sí mismo” y “encontrarse con otro” le permite, a su vez, reconocerse como tal, y por lo tanto retornar hacia sí y asumirse en lo propio. Es una reflexividad que tiene que ver fundamentalmente con la praxis humana, porque es allí, en nuestras obras, donde somos reconocidos por otros y entonces podemos reconocernos como humanos (Mela Malet, 2013a). Hay, en realidad, un mutuo reconocimiento, donde cada uno es capaz de, pero también padece la acción, el poder del otro sobre sí mismo. Al implicarnos, necesariamente, con la alteridad nos reconocemos también como otro, asumiéndonos autónomos y heterónomos a la vez (Ricoeur, 2006). Así, para Ricoeur, existe un vínculo estricto entre humanidad, capacidad y reflexión, de modo tal que lo humano en el hecho de poder considerarse como el autor de los propios actos, siendo capaz de iniciativas que cambien el curso de las cosas, poder situarse en un relato de vida, de designarse, siendo a la vez el narrador y el personaje de la propia historia (Mela Malet, 2013a). Una humanidad, pues, que tiene que ser reconocida para que pueda ser posible. Por eso la asunción del principio de reconocimiento es basal para que el hombre pueda ser capaz de y, por ende, asumirse responsable.

Nos situamos en una bioética que Domingo Moratalla (2007) ha denominado de tipo hermeneútica, para analizar en qué puede consistir el llamado “juicio médico” en la lógica y sentido de las relaciones intersubjetivas en encuadre profesional. Este autor afirma la tesis ricœurana de que la bioética aparece en los momentos del conflicto y la decisión obligada, por lo que es necesario que un sentido nuevo emerja. El profesional de la salud debe ejercer entonces un juicio médico. Este tipo de discernimiento abarca tres niveles de desarrollo: el prudencial, que implica la obtención de un juicio en situación a partir de lo acontecido con otro en encuadre médico; el deontológico, que incluye la consideración de la norma, en una deliberación que trasciende la circunstancia particular para atender lo que dictan los códigos de ética profesional; y el reflexivo, el que intenta fundamentar y legitimar el juicio prudencial puesto en relación con el deontológico. La intención ética del ejercicio profesional en ámbitos de la salud adquiere su consistencia gracias al nivel prudencial, donde confluyen el marco dado por el nivel deontológico-universal y el reflexivo. El primero permite regular deberes, derechos y obligaciones profesionales y arbitrar ante conflictos; mientras que el segundo toma en cuenta una antropología filosófica

que permita analizar cuestiones de autonomía y vulnerabilidad humana. El ejercicio de la sabiduría práctica nos exige crear respuestas (actos profesionales) atendiendo la singularidad del caso; siempre en la tensión ética de un justo equilibrio entre la regla —traicionándola lo menos posible— y la excepción requerida —satisfaciéndola lo necesario—. Según Ricoeur (2008):

Ya no se trata de la prudencia en el sentido débil, de prevención, sino de la *prudencia*, heredera de la virtud griega de la *phronesis*, dicho de otra forma en el sentido del juicio moral en situación. A esta prudencia, en el sentido fuerte de la palabra, se remite la tarea de reconocer entre las innumerables consecuencias de la acción aquellas de las que legítimamente podemos ser tenidos como responsables, en el nombre de una moral de la medida (p.74).

Dada la disimetría entre los protagonistas en las situaciones profesionales —lo cual se aprecia rápidamente en los encuadres terapéuticos—, el ejercicio de una sabiduría práctica lleva a basar el encuentro profesional-paciente en un *pacto de cuidados* (Ricoeur, 2008). La fenomenología de este pacto de cuidados presenta situaciones diferentes: por un lado, la asunción y exposición por parte del sujeto profesional de que él es quien posee un saber-hacer, que presta un servicio y que sus actos atestiguarán ese ejercicio del rol frente a otro que se presenta como frágil, vulnerable, sufriente; por otra parte, la presentación que realiza el sujeto que padece frente a ese que sabe, donde su narrativa particular enlaza su sufrimiento (el síntoma) con una trama (su historia personal); y, finalmente, en el reconocimiento de ambos protagonistas de una exigencia, con posibilidad de ser cumplida (la curación) y de una promesa reafirmada (la aceptación del tratamiento). Estas situaciones serán desplegadas de modo particular, según como asuma cada protagonista sus decisiones-acciones, como atestigüe de sí frente al otro.

Si tenemos en cuenta esta dinámica relacional, la responsabilidad no estándar de la que hablamos tiene que ver con ese ejercicio prudencial que ayude a superar una fragilidad paralizante del acto médico donde el paciente suele colocar todo en manos del profesional, pero a su vez sospecha y desconfía de su accionar. El pacto de cuidados tendrá que girar hacia la confianza y ser renovado, vuelto a componer, en cada momento o acontecimiento que suceda en el encuadre. El profesional puede lograr

esto gracias al seguimiento de preceptos que vinculen lo singular del caso con cierta generalidad de lo humano, ellos son: el respeto por lo insustituible de la persona (escuchar, atender al individuo a cargo no como un caso de un tipo, sino en su dimensión ideográfica, única); la necesidad de tratar al paciente como un todo biológico-psicológico-sociocultural (una visión holística, más que especializada), y el favorecer una estima o señorío de sí frente a la diversas situaciones médico-contextuales (tal es el caso de la hospitalización y de todas las prácticas invasivas a las que es sometido el paciente en las instituciones de salud) (Domingo Moratalla, 2007). Es importante destacar en este punto que ambos actores, tanto el profesional como el paciente, se prestan en el encuadre a esta alternancia autonomía-vulnerabilidad, donde la acción, la palabra, las decisiones de cada quien aportan sentido al reconocimiento mutuo. Si el reconocimiento simétrico y alternante se despliega, los sujetos pueden coadjudicarse autoría por las decisiones y las acciones llevadas a cabo y sus consecuencias, y se asumen, por tanto, corresponsables.

## LA SALUD Y LO PATOLÓGICO COMO COCONSTRUCCIÓN BIOÉTICA

En ámbitos de la salud mental, las acciones que asumen los actores intervinientes y la responsabilidad consecuente están muy relacionadas con el sentido o significado que, desde sus patrones culturales, atribuyen a nociones como “lo normal” y “lo patológico”, sobre la base de concepciones respecto del ser vivo, lo humano y su medio.

Según el *Diccionario Latinoamericano de Bioética* (Tealdi, 2013) el concepto de salud es una noción que se va perfilando a partir del saber científico y técnico que sobre ella adquieren los individuos profesionalizados, capacitados en determinadas áreas del conocimiento, tanto de las ciencias biomédicas como de las ciencias antropológicas y sociales. Cuando lo que domina es una perspectiva reduccionista y sustancialista, la salud es entendida como una entidad con existencia propia, es decir, un concepto separado de los individuos que la piensan y la construyen como tal. Por esto mismo, muchas veces la salud aparece como el polo opuesto al de enfermedad o patología; aquí la atención de la salud es vista solo como la obligación de atención de la enfermedad instalada — intento de recomponer un equilibrio “roto”—, dejando de

lado cuestiones en la que todos se sientan afectados y que impliquen acciones básicas en favor de la promoción y la prevención de una vida saludable.

Sin embargo, las actitudes ante el binomio salud-enfermedad pueden ser entendidas desde otra perspectiva. Según Lahitte y Ortiz Oria (2005a):

Lo que en algún momento entendíamos como enfermedad o patología o desviación social son, en realidad, nuevas propiedades que adquieren los seres humanos cuando alteran su condición de equilibrio. Estas formas que podríamos entender como nuevas propiedades se estabilizan como patologías en las que el sistema, el sujeto en su conjunto es sometido a fuertes condicionamientos del medio (relacional, familiar, escolar...). En realidad no se trata de recuperar un equilibrio perdido, disipado, sino reestructurar estas nuevas propiedades como posibles estados múltiples que expresan la historicidad de las selecciones adoptadas por el sujeto en cuestión (p. 89).

Lo dicho hasta aquí nos ayuda a entender que los profesionales en Ciencias Sociales y Humanas, en general, y de la Salud, en particular, nos manejamos con criterios estipulados desde nuestras comunidades disciplinarias de referencia sobre qué consideramos que son los estados de salud y patológicos. La salud y la patología no son distinciones que encontramos en la naturaleza. Como individuos culturales nos acostumbramos a seguir mapeos conceptuales específicos que guían nuestra comprensión científica y cotidiana de los fenómenos que se nos presentan. A partir de estos derroteros cognitivos vamos catalogando, otorgando etiquetas, en este caso, a quienes están bajo nuestra práctica profesional.

Si nos situamos específicamente en ámbitos de la salud mental, desde nuestros propios patrones cognitivos, podemos pensar que la enfermedad o patología mental se nos puede presentar como una forma de inadecuación cognitiva a patrones culturales consensuados. Tener en cuenta este criterio de salud-enfermedad, física o mental, implica ponerlo en relación con la condición antropológica y social del ser humano. Si bien en cada sociedad hay formas de desviación conductual, un comportamiento considerado “desviación de la norma” en una sociedad determinada puede ser parte de un comportamiento característico, entendido como “condición



natural" existencial en otras sociedades, en las que varíe la media referencial. Ya sea en los propios marcos culturales o comparativamente entre dos culturas diferentes, la figura de "lo extraño" aparece cuando algo o alguien se nos aparece como distinto a lo que estamos acostumbrados a encontrar. En palabras de Vásquez Roca (2008):

Los extraños irritan, desagradan, desconciertan porque tienden con su sola presencia a ensombrecer y eclipsar la nitidez de las líneas fronterizas clasificatorias que ordenan el mundo en el que vivo, y de este modo, cuestionar de manera radical la presunta comprensión recíproca que el yo tiene del otro (p. 3).

En este sentido, siempre el medio social y cultural comporta el telón de fondo al que deberíamos referir nuestras interpretaciones de los comportamientos ocurridos, puestos de manifiesto en niveles que van de lo orgánico a lo psíquico y que suelen traducirse en conductas, comportamientos, esperables o no.

Actuamos en relación con un medio —que incluye lo social y lo cultural— del que formamos parte; pero esa actuación está constreñida por pautas y modos impuestos por y con otros, con quienes mantiene una relación dialéctica de debate y tensión. Cada uno de nosotros tenemos la posibilidad, en mayor o menor medida por nuestros *imprintings* culturales (Morin, 1999), de representarnos el conjunto de capacidades o poderes que poseemos para conseguir enfrentar las imposiciones, vividas muchas veces como verdaderas agresiones, a las que necesaria e inevitablemente estamos expuestos. En esta situación de los seres convivientes, la distinción entre lo normal y lo patológico es algo muy distinto de una simple variación cuantitativa como supusieron y trataron de imponer muchos pensadores modernos (Bernard, Comte, Durkheim, entre otros). Hay una diferencia sustancial, cualitativa, entre un estado y otro que no puede reducirse a cálculos, promedios o constantes numéricas. Por un lado, la salud involucra mucho más que la posibilidad de vivir en conformidad con el medio externo; implica, sobre todo, el ser capaz de cierta versatilidad al manejarse con el entorno —el que muchas veces se presenta amenazante— y hasta de instituir nuevas normas o formas de organización en el encuentro con otros. Esto no significa que neguemos la enfermedad, como organización distinta; puesto que, al decir de Canguilhem (1990, p. 187):

"lo patológico conlleva un sentimiento directo y concreto de sufrimiento y de impotencia, sentimiento de vida contrariada". Este sentimiento nada tiene que ver con una simple variabilidad estadística; se refiere a otra manera de ser-en-el-mundo, de relacionarse con el entorno y los convivientes; modos de ser a los cuales no podemos ser indiferentes. Destacamos aquí la lectura positiva que Ricoeur (2008) presenta de la noción de "lo patológico", y se supera así el sentido negativo que suele atribuírsele, un sentido reducido al déficit, carencia o ausencia de salud. Desde su sentido positivo, lo patológico refiere a una organización diferente, biológica, social y existencial, y que implica "recursos de convivencia" desplegados en el encuentro con otros y como respuesta a las relaciones en determinados contextos (personal, profesional, etc.).

### BIOÉTICA Y RESPONSABILIDAD EN ÁMBITOS DE LA SALUD MENTAL: EL ENCUENTRO

Estos recursos de convivencia también suelen desplegarse de diversos modos en el encuadre profesional de la salud mental. Recordamos aquí, con Canguilhem (1990), que el cuerpo viviente comprende "ese *existente singular* cuya salud expresa los poderes que lo constituyen a partir del momento en que debe vivir bajo la imposición de tareas, esto es en relación a la exposición a un medio que él mismo no escogió" (p. 22) (cursivas nuestras). Las formas singulares de acontecer, de poder, de ser capaz, también son desplegadas en los sujetos con padecimiento psíquico; sus manifestaciones sintomáticas, su *pathos* no es sino otro modo de ser. No es que neguemos la enfermedad, como sostuvimos en el apartado anterior; por el contrario, una mirada hermenéutica se dirige a indagar el sentido que alguien —existente singular— otorga a su *pathos* y, desde allí, atesta de sí en el reconocimiento mutuo. Ricoeur (2008) lo expresa de este modo:

Es el coraje de ser (como una forma de hacer) el que está efectivamente afectado en la enfermedad mental bajo figuras variadas que perturban el *Selbstgefühl* [sí mismo] según la nosología compleja [freudiana] de la psicosis y de las neurosis. Pero lo que nos importa en esta reflexión, no es esta tipología del desastre, sino las distintas heridas sufridas por el pacto de cuidados y maneras en el que el llamado arte de curar puede responder a esta amenaza extrema (p. 181).

Más allá de la efectiva existencia de una situación de *pathos* en la enfermedad mental, lo que ha llevado a crear diversas “tipologías del desastre” desde el saber médico-científico, vamos a referirnos a la *fenomenología del encuentro* con ese otro-paciente. Una situación que puede sintetizarse en la fórmula: acontecimiento-atención-obediencia-responsividad.

Todo encuentro como acontecimiento es presencia de uno y de otro, y desde la fenomenología de la intervención humana implica responder a la solicitud del otro que se cruza conmigo. El encuentro incluye el estar con nuestro cuerpo, gestos y palabras ahí, en un contexto determinado. Es un encuentro físico, pero también de representaciones, intenciones, deseos, motivaciones, intereses; de narraciones, de historias que se traman, con significados propios y compartidos. La novedad, que nos aporta la ética ricureana y nos permite pensar una bioética hermenéutica es el componente de atención y afección que debe tener el encuentro. La atención vuelve este acontecimiento un fenómeno guiado por la ingenuidad y la sorpresa. Atención ingenua porque no está dirigida por ninguna representación ni deseo a priori que busque anticipar, que etiquete o clasifique al sujeto que indagamos. Atención encauzada por la sorpresa porque lleva a focalizar sobre lo inesperado, lo inadvertido, a concentrarnos en lo que demanda sentido y, por ello, nos permite hallar lo novedoso. El encuentro con ese otro-singular del encuadre profesional supone, entonces, una atención que es activa y receptiva a la vez. Un movimiento exploratorio en el cual “la atención se mantiene siempre en una falta de preparación, pues no hay modo de anticipar ni de prever lo que es novedoso y sorprendente” (Mena Malet, 2013, p.).

En encuadre de la salud mental, la presentación “rara” de ese otro que viene a nuestro encuentro —porque el recurso de convivencia, los modos de relación pueden ser no convencionales o atípicos— nos afecta con su novedad. Desde la bioética hermenéutica, el juicio profesional se despliega aquí en esa prudencia responsable, que puede acoger la novedad (lo singular) del padecimiento mental elevado a la categoría del acontecimiento, pero inserto a su vez en el contexto cultural que portamos y que tiene que ver, en nuestro caso, con el saber científico psicopatológico.

A su vez, y en su particularidad, el encuentro profesional con el otro que porta un padecimiento mental puede estar o no mediado por la palabra. Sin embargo, la sola presencia de la alteridad sufriente, con su rostro, su voz,

En ámbitos de la salud mental, las acciones que asumen los actores intervinientes y la responsabilidad consecuente están muy relacionadas con el sentido o significado que, desde sus patrones culturales, atribuyen a nociones como “lo normal” y “lo patológico”, sobre la base de concepciones respecto del ser vivo, lo humano y su medio.

Desde el punto de vista ético, tenemos capacidad responsiva si consideramos el encuentro entre el profesional y el paciente como un acontecimiento único, en el que los actores del encuadre puedan otorgar narrativamente un sentido diferente a “la regla general”, a lo “estandarizado”.

su grito o su cuerpo tieso o desbordado, es ya un llamado que interpela la propia práctica. El reconocimiento tiene que ver aquí con que ese otro-paciente pueda dar sentido a su *pathos* mediante una trama narrativa singular; lo cual no significa que nos resulte coherente. Ricoeur utiliza la expresión “obediencia” para hablar de la disposición atenta en cada encuentro. Obediencia de uno y otro frente a la palabra que puede surgir como narración. No se trata aquí de una obediencia con sentido moral, como apego a algún mandato o deber ser (“debe hablar”, “debe contar lo que le pasa”); sino que es una actitud que se sitúa en el plano ontológico y antropológico donde ambos son afectados.

Cuando yo recibo una palabra, una nueva situación es creada de la que yo no soy el amo, mi dominio es puesto en cuestión por este acontecimiento de descentramiento (...). Entonces ¿qué significa aquí obedecer a partir de este no-dominio de la palabra? Significa primero y esencialmente escuchar (Ricoeur, citado por Mena Malet, 2013, p. 90).

La escucha particular del profesional de la salud mental frente al decir singular del sujeto que sufre introduce el encuadre terapéutico en la vía de la ética responsiva. Desde el punto de vista ético, tenemos capacidad responsiva si consideramos el encuentro entre el profesional y el paciente como un acontecimiento único, en el que los actores del encuadre puedan otorgar narrativamente un sentido diferente a “la regla general”, a lo “estandarizado”. Así las decisiones-acciones pueden orientarse y cambiar del “algo sucede” —nivel fenoménico

del encuentro intersubjetivo— al “hacer que algo suceda” (Begué, 2003), donde la intención agencial se dirija al reconocimiento del otro y, por ende, a la corresponsabilidad de lo que acontece.

### A MODO DE CONCLUSIÓN

Teniendo en cuenta una perspectiva intersubjetiva y relacional de lo humano, hemos planteado para el ámbito de la salud mental que una acción responsable nunca parte del profesional de modo exclusivo. Las ideas, decisiones y acciones consecuentes de este tipo de prácticas han de comprenderse en un haz de interacciones complejas y situacionales que nos lleva a hablar de corresponsabilidad y afectión mutua profesional-paciente.

Una responsividad ética, al decir de Patiño (2010), que implique estar atentos a las variadas formas de ser-capaz del otro sufriente y vulnerable, a entender sus recursos de convivencia otorgándoles sentido sin anularlos bajo una mera clasificación psicopatológica, a establecer un pacto de cuidados que incluya al otro a nuestro cargo en el compromiso de poder integrar su *pathos* a su trama vital. El pacto de cuidados en este encuadre profesional en la salud mental más que nunca debe redoblar la apuesta de la confianza dirigida al otro sufriente de nuestra práctica. Esto no significa que el sujeto que padece deberá abandonarse heterónomamente en las manos del profesional de la salud; por el contrario, la confianza otorgada permite, por sobre todo, liberar el interjuego de atestación subjetiva de cada quien a partir de sus posiciones. Un encuadre profesional que permita el mantenimiento

—y eventual construcción— de la *estima de sí*; condición existencial que nos diferencia y nos relaciona con el otro interpelante. Como dijimos, esto no puede ser más que un trabajo a la vez reflexivo y relacional.

Sabemos de la tensión ética que la relación establecida entre el profesional y el paciente produce. Incluso la desconfianza inicial que todo pacto de cuidados supone se vuelve quizá exponencial en el encuadre de la salud mental, y esto mismo torna el encuadre más incierto. El alter-ego que se presenta nos conmueve, nos afecta en su extrañeza o en su sufrimiento radical —distintas presentaciones psicóticas o neurosis extremas, por ejemplo—: ¿cómo puedo reconocerme semejante en ese otro tan lejano psicológica y vivencialmente a mí y pactar con él? La estigmatización de lo extraño a partir de una clasificación culturalmente estandarizada aparece entonces como la respuesta más confiable y segura.

No es certidumbre de respuesta lo que muestra la fenomenología del acontecimiento, sino que se trata de responder desde una creencia ética: que el *quién, que soy* —sano o enfermo— se despliega en el *yo puedo* —atestar de mí en mi salud o enfermedad—. Desde esta perspectiva, el restaurar un supuesto equilibrio perdido no es el objetivo profesional; más bien, atender las posibles formas de reestructuración particular que el individuo llamado “enfermo” ha desarrollado y presenta.

La convicción de que cada quien crea y pueda, relacionalmente, ser-capaz-de, instaura para nosotros la posibilidad de armar conjuntamente otros recursos de convivencia, diferentes a la tradicional sumisión heterónoma y supuestamente beneficiosa del paciente al profesional. Apuesta bioética necesaria que cree en un profesional de la salud mental solícito, humanista y personalista.

## REFERENCIAS

- Beauchamp, T. y Childress, J. (1981). *Principios de ética bio-médica*. Nueva York: Oxford.
- Begué, M. (2003). *Paul Ricoeur: la poética del sí-mismo*. Buenos Aires: Biblos.
- Canguilhem, G. (1990). La salud: concepto vulgar y cuestión filosófica. En (2004). *Escritos sobre medicina* (pp. 49-67). Buenos Aires: Amorrortu.
- Cortina, A. (1996). El estatuto de la ética aplicada. *Hermenéutica crítica de las actividades humanas*. *Isegoría*, 13, 119-134.
- Cortina, A. y Conill, J. (2000). *El sentido de las profesiones*. Navarra: Verbo Divino.
- Cruz, M. (2000). Responsabilidad, responsables y respondones. En M. J. Bertomeu et al. (Comp.), *Universalismo y multiculturalismo* (pp. 57-80). Buenos Aires: Eudeba.
- Domingo Moratalla, T. (2007). Bioética y hermenéutica. La aportación de Paul Ricoeur a la bioética. *Veritas*, 17, 281-312.
- Domingo Moratalla, T. (1998). La estructura de la ética hermenéutica de Paul Ricoeur. En J. Masiá Clavel, T. Domingo Moratalla y A. Ochaita Velilla. *Lecturas de Paul Ricoeur* (pp. 241-263). Madrid: UPCO.
- Etxeberría Mauleon, X. (2002). *Temas básicos de ética*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Lahitte, H. B. (2000). *Epistemología y cognición*. Salamanca: Universidad Nacional de Salamanca.
- Lahitte, H. B. y Ortiz Oria, V. (2005a). Ciencia y psicoanálisis: una visión preliminar. *Pliegos de Yuste*, 3, 87-94.
- Lahitte, H. B. y Ortiz Oria V. (2005b). *El otro: antropología del sujeto*. Buenos Aires: Nobuko.
- Lahitte, H. B. y Sánchez Vázquez, M. J. (2011). Aportes para una bioética medioambiental y la cohabitabilidad humana desde una visión relacional. *Persona y Bioética*, 15(1), 40-51.
- Lara, A. (2015). Teorías afectivas vintage. Apuntes sobre Deleuze, Bergson y Whitehead. *Cinta Moebio*, 52, 17-36.
- Luna, F. y Salles, A. (1995). *Decisiones de vida y muerte*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Morin, E. (1999). *La cabeza bien puesta: Repensar la reforma. Reformar el pensamiento*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Mena Malet, P. (2013). Atestación y respuesta: reflexión a partir de una fenomenología hermenéutica de las capacidades. *Trans/Form/Ação*, 36(1), 137-164. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/trans/v36n1/09.pdf>
- Mena Malet, P. (2013). La lucidez del cuidado. En T. Domingo Moratalla y A. Domingo Moratalla (Eds.), *Bioética y Hermenéutica* (pp. 83-92). Valencia: Hermes.
- Patiño, S. (2010). *La responsividad ética*. Madrid: Plaza y Valdés.
- Ricoeur, P. (2006). *Caminos de reconocimiento. Tres estudios*. México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.
- Ricoeur, P. (2008). *Lo justo*. Madrid: Trotta.
- Sánchez Vázquez, M. J. (2008). Ética y profesión: la responsabilidad en términos de prudencia responsable. El caso de la psicología. *Fundamentos en Humanidades*, IX(7), 145-161.
- Spinoza, B. (1995). *Ética demostrada según el orden geométrico*. Buenos Aires: Alianza.
- Stenner, P. (2011). James and Whitehead: assemblage and systematization of a deeply empiricist mosaic philosophy. *European Journal of Pragmatism and American Philosophy*, 3(1), 101-130.
- Tealdi, J. (Dir.) (2008). *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Unesco, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001618/161848s.pdf>
- Vázquez Rocca, A. (2008). Zygmunt Bauman: modernidad líquida y fragilidad humana. *Nómadas, Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 19(3). Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/NOMA/article/view/NOMA0808320309A>
- Whitehead, A. (1985). *Process and reality*. New York: Free Press.