

COLABORACIONES

ASPECTOS ETICOS GENERALES EN PSIQUIATRIA

Aurelio Castilla García

Psiquiatra. Especialista Universitario en Bioética

Complejidad de la etica psiquiatrica. algunos ejemplos

El mundo de la ética médica es muy complejo a pesar de la simplicidad con que a veces se lo quiere ver. Su estudio y conocimiento se hace imprescindible para evitar las posturas cómodas, y en mi opinión poco serias, en las que se colocan algunos que, desde una visión relativista, consideran que los valores morales dependen de la propia ética particular de cada uno.

Los problemas éticos que encontramos en nuestro quehacer revisten a veces un nivel conflictivo importante, lo que plantea dilemas que requieren ir más allá de los códigos deontológicos y de nuestra moral de sentido común, necesitándose fundamentar éticamente la decisión a tomar, es decir, se hace preciso tener unos mínimos conocimientos éticos.

En un estudio realizado en Estados Unidos hace pocos años(1), se recogían los aspectos éticos más frecuentemente abordados en los programas de formación de residentes en psiquiatría de ese país. Estos eran: el contacto sexual psiquiatra-paciente, la confidencialidad, el tratamiento involuntario, el interna-

miento involuntario y la relación psiquiatra-paciente.

Es posible que del primero de los aspectos se hable poco en España, pero no cabe duda que los demás nos son bien conocidos.

Veamos ahora unos ejemplos que nos colocan ante la complejidad de las decisiones éticas en psiquiatría.

En 1969 una joven, Tatiana Tarasoff, fue asesinada por Prosenjit Poddar, un estudiante de la Universidad de California que estaba en tratamiento psicoterapéutico con un psicólogo clínico en una clínica externa universitaria, el cual conocía las amenazas del paciente hacia la Srta. Tarasoff. El 23 de Diciembre de 1975, la Corte Suprema de California, en el conocido como caso Tarasoff contra los Regentes de la Universidad de California, falló enunciando lo que se convertiría en una famosa máxima: "el privilegio de la protección termina donde empieza el peligro público", y describió la acción del terapeuta como "descuido imprudente de la vida y seguridad de la víctima"(2), por no haber avisado a la joven del peligro que corría. Este caso se ha hecho célebre en la literatura sobre el secreto médico, pues nos enfrenta con el dilema de la elección entre mantener el secreto profesional o revelar las confidencias del paciente para evitar perjuicios a terceras personas.

Otro caso(3): Una mujer viuda de 55 años con larga historia de episodios psicóticos controlados con psicofármacos, y que había estado hospitalizada en diversas ocasiones, ten-

día cada cierto tiempo a dejar la medicación, lo que la conducía a recaídas que se manifestaban en forma de asilamiento, alucinaciones y abandono de sus hábitos personales. En una de estas recaídas su hija la lleva a consulta, aunque sin buena disposición por parte de la paciente que piensa que no necesita tratamiento. Ante el psiquiatra que la recibe se niega a tomar psicofármacos, y éste, informado de sus antecedentes, le dice que o toma medicación o tendrá que hospitalizarla en contra de su voluntad. Decide la paciente aceptar los psicofármacos, y mejora.

¿Se ha violado el derecho de la paciente a rechazar el tratamiento? ¿Un resultado feliz justifica una intervención coactiva? ¿Estaba seguro el psiquiatra de llevar a cabo su amenaza si ella rechazaba la medicación? ¿Si no la hubiera cumplido, constituiría eso un fraude? ¿Puede el psiquiatra hacer uso de fuerza y fraude?

Seguramente a todos se nos ocurren diversas situaciones conflictivas como éstas.

El ingresar o no a un paciente siempre implica una elección entre la autonomía del paciente y su seguridad o la de otros, y la decisión de internarlo dependerá en parte del valor que adscribamos a la autonomía y a la seguridad según la concepción o patrón moral que el psiquiatra asuma al tomar la decisión.

En el caso Tarasoff ¿cuál de los valores en conflicto es más importante, el derecho del paciente a la confidencialidad o el de la víctima a preservar la vida?. Aparentemente la decisión es fácil: la vida es más importante. Pero lo que se está valorando aquí es la probabilidad de la pérdida de la vida, es decir, la seriedad o gravedad de esa amenaza a la hora de justificar la ruptura del secreto profesio-

nal. Y el hecho de que el secreto médico es necesario para el bien común: sin la existencia del secreto los pacientes no se encontrarían en condiciones de transmitir al médico la información necesaria para el diagnóstico y tratamiento apropiados, lo que redundaría en un perjuicio social.

Ahora bien, afortunadamente no todas las decisiones que tiene que tomar el psiquiatra son tan complejas. Diariamente se toman decisiones que no plantean estos conflictos porque nuestra conciencia moral y nuestro sentido común nos permiten muchas veces delimitar claramente lo que es bueno y malo, o nuestro código deontológico nos ayuda a encontrar una solución fácilmente. Pero aunque esto sea así, otras muchas preguntas vienen en seguida a nuestra mente(4): ¿Tenemos en cuenta la relación riesgo/beneficio cuando indicamos una hospitalización psiquiátrica? ¿Contamos con la posibilidad de aparición de una disquinesia tardía al prescribir neurolépticos a largo plazo? ¿Y qué decir de la dependencia de las benzodiazepinas? ¿Advertimos suficientemente a los pacientes de todos estos riesgos? En la psicoterapia existe el riesgo de influir de modo importante en las creencias y principios del paciente, con la pérdida de libertad que esto supone; cuando utilizamos este tipo de tratamiento, ¿nos hemos preguntado si estaremos influyendo de modo abusivo y entrando en una manipulación del paciente?. Es preciso plantearse si no se está atentado contra la dignidad de la persona al utilizar la tan conocida contención mecánica, o al aislar al paciente del medio social durante más tiempo del estrictamente necesario; o cuando no se ha insistido suficientemente en la atención extrahospitalaria, incluso domiciliaria, antes de indicar la hospitalización; y en

el caso de los pacientes crónicos cuando bajo el término de laborterapia o ergoterapia se ocupa a estos pacientes en las labores más ingratas. ¿Se puede establecer un tratamiento contra la voluntad del drogadicto, cuando ha perdido la libertad para abandonar la droga que consume y su adicción puede haberlo llevado a cambios psíquicos que lo hagan necesitado de cuidados psiquiátricos? ¿Y qué decir de la investigación?: ¿tiene el estudio a realizar un auténtico interés científico?, ¿hemos valorado la relación riesgos/beneficios con y para los pacientes?, etc.

Termino aquí una primera parte en la que he intentado transmitir, a través de algunos ejemplos, la complejidad de los aspectos éticos de la práctica asistencial.

Importancia creciente de la ética psiquiátrica

En los últimos años se ha desarrollado un interés creciente por los aspectos éticos de la medicina y la psiquiatría. Los grandes progresos de la medicina junto a los cambios en el marco de la relación médico-paciente, han conducido a ello. Y precisamente los cambios en la relación médico paciente han supuesto que aquel paternalismo ligado una visión del paciente como *in-firmus* (no firme), persona disminuida física y psíquicamente a la que paternalmente hay que hacer el bien, ya no pueda sostenerse. Ha surgido el derecho del paciente. Las cosas ya no se pueden ver solamente a través del médico (del llamado principio de beneficencia), sino que es preciso contar también con el paciente (al que corresponde el principio de autonomía). Este sabe que debe ser objeto de estudio pero al mismo tiempo quiere ser tenido en cuenta como su-

jeto capaz de tomar decisiones y que tiene derechos.

Es a partir de los años 60 cuando se acrecienta el interés por los aspectos éticos de la psiquiatría, quizá facilitado por las críticas a la misma desde los propios profesionales (Szasz, Laing, y otros). En 1977, en el Congreso de la World Psychiatric Association celebrado en Hawai, se adopta la llamada Declaración de Hawai(5), primer código de ética diseñado específicamente para el campo psiquiátrico. Realmente hasta los años 70 se había pensado que los códigos médicos generales en materia de ética valían para la psiquiatría. Sin embargo, el gran número de problemas específicos que ésta plantea, condujo a que en el Congreso de Hawai se estableciera un código propio de la psiquiatría. Y es que la ética en psiquiatría reviste unas características especiales. Tengamos en cuenta que ningún profesional de la medicina salvo el psiquiatra tiene que afrontar la tarea de valorar el estado de la mente de otros y emitir un juicio sobre ello, lo que nos coloca como profesionales ante una responsabilidad enorme. A esto hay que añadir que la psiquiatría está cargada de ambigüedades, como el hecho de no existir un acuerdo suficiente sobre lo que constituye el trastorno psiquiátrico, lo que hace que los criterios para llevar a cabo un diagnóstico sean en cierta medida subjetivos. Por otra parte, como señala Otto Dorr(6), el objeto de la psiquiatría no es un órgano u órganos sino la conducta humana, frente a la cual no es posible que el paciente ponga distancia como la pone ante uno de sus órganos, pues sujeto y trastorno son una misma cosa, hasta el punto de que una de las características de la psicosis es precisamente la falta de conciencia de enfermedad. Además, el hecho

de que en psiquiatría sea la relación médico-paciente un instrumento de exploración y tratamiento, hace que la situación de indefensión del paciente pueda ser mayor aquí que en otras ramas de la medicina.

Quizá el país donde la atención a los aspectos éticos de la medicina haya sido más manifiesto sea Estados Unidos. En Europa y, concretamente, en España, también se ve un aumento progresivo del interés por los temas relacionados con la ética médica. Sin embargo, en nuestro país, uno de estos campos, el psiquiátrico y psicológico, está quedando marginado de esta atención a pesar de la importancia que la ética tiene en la praxis psiquiátrica. Basta tener en cuenta que el número de personas que acuden actualmente al psicólogo y al psiquiatra es importante y creciente, y está claro el poder que como profesionales poseemos sobre el sujeto que nos desvela su intimidad, por lo que los riesgos de abuso y explotación son significativos, así como los derivados de una posible negligencia o mala práctica.

Desde luego, en relación a las cuestiones éticas de la medicina, la situación actual es bien distinta de la de hace pocas décadas. Para ello no hay más que pensar en los conflictos que se plantean en las salas de los hospitales y en las de los juzgados, en relación con cuestiones sanitarias, y en el incremento progresivo de cuestiones éticas en la prensa en general y en las revistas científicas. Este interés reciente por las cuestiones éticas refleja seguramente también una crisis moral, una crisis de valores: "La situación social de los valores éticos", escribía Aranguren hace diez años, "es hoy la de su crisis"(7). Esta situación social se traduce a nivel sanitario en un enfrentamiento de intereses y valores en la toma

de decisiones médicas, por lo que se hace necesario adoptar una actitud reflexiva al analizar los problemas que se nos plantean en el quehacer cotidiano.

Es preciso una reflexión ética

No podemos evitarlo: nuestra vida es un continuo decidir. En cada momento el hombre tiene inevitablemente que elegir entre diversas posibilidades de acción que se le plantean. Como decía Ortega, somos a la fuerza libres(8); es decir, no podemos dejar de elegir, y al elegir, lo hacemos emitiendo juicios: esto es bueno o malo, justo o injusto, verdadero o falso, etc. Estos juicios tienen como característica su carácter ineludible. Este tipo de juicios ineludibles recibe el nombre de juicios morales.

La Etica es precisamente un peculiar saber sobre el hombre que se refiere a este mundo de la decisión personal, es decir, a este tipo de juicios. Trata de responder a la pregunta ¿qué debo hacer? (por tanto, qué debo decidir); pero al mismo tiempo también a esta otra pregunta: ¿qué es lo bueno?; porque al elegir, el hombre tiene que decidir generalmente a través de una dicotomía axiológica, es decir, a través de una polaridad de valores, donde a todo valor positivo se contraponen uno negativo (bien-mal, justicia-injusticia, valor-disvalor, etc.)(9), y tiene que preguntarse qué es lo bueno; a la pregunta anterior sobre qué debo hacer, la ética responde: debo hacer lo bueno. Ahora bien, a todos se nos alcanza que no existe una opinión unánime sobre qué es lo bueno.

Los numerosos y serios conflictos que surgen en general en el campo de la ética (a nivel político, social...), hacen referencia en última

instancia a las raíces de los valores humanos considerados más importantes. Y, por tanto, los conflictos que surgen en la ética médica no son una excepción: por aislada que pueda parecer una decisión médica en el ámbito de una situación clínica particular, presupone en realidad una explícita o implícita referencia del mismo médico a, por ejemplo, la política sanitaria general, al significado de lo que viene llamándose bueno para la persona, a la naturaleza de los derechos y deberes, etc. Es preciso, pues, descubrir cuales son los fundamentos de las decisiones éticas, y en este análisis de los fundamentos es necesaria una referencia. Del mismo modo que el médico, por ejemplo, busca una referencia para dar significado al nivel de colesterol o glucosa, e interpretar así los resultados analíticos, una precisión similar será también necesaria cuando se encuentre frente a los problemas éticos: decidir qué elección es mejor significa en definitiva establecer por qué esa elección es mejor y en relación a qué criterios. La determinación de los hechos médicos y psiquiátricos y la relevancia de los problemas éticos conectados a ellos requieren siempre la especificación de los criterios de referencia. Por ello, la controversia que surge en el campo de la ética médica está conectada estrechamente con problemas filosóficos fundamentales, relativos a una visión u otra del hombre, problemas cuyo abordaje es imprescindible para solucionar los problemas éticos y ontológicos en general y los de la medicina en particular.

El desafío que la ética médica tiene hoy planteado es el de encontrar la más amplia convergencia ética, que no quiere decir buscar únicamente un mínimo común ético sino un máximo de respeto al hombre, para ofrecer eficaces criterios legislativos o más gene-

ralmente normativos en una sociedad como la nuestra.

Vemos que lo mismo que la vida es una continua toma de decisiones, la práctica de la medicina y la enfermería también lo son. El profesional sanitario continuamente tiene que tomar decisiones, bien sean diagnósticas, pronósticas y/o terapéuticas. Estas decisiones en algún momento podrían ser eludidas (por ejemplo, el médico podría declinar el diagnóstico o tratamiento de un paciente transfiriéndolo a otro médico o especialista); lo que no va a poder eludir ni él ni el resto del personal sanitario, son las decisiones morales: ¿debo transferir este paciente a otro servicio?, ¿debo aceptar la negativa de un paciente a someterse a tratamiento?, ¿debo comunicar la verdad al paciente y/o familia?, etc..

En las escuelas de enfermería y facultades de medicina uno se forma básicamente para afrontar las decisiones diagnósticas, pronósticas y terapéuticas desde un punto de vista técnico, y se da por supuesto que las decisiones morales dependen del sentido común y se sabrá tomarlas. Pero estas decisiones pueden ser tan complejas o más que las decisiones clínicas. Hasta hace poco era suficiente para el personal sanitario disponer como instrumentos para estas decisiones, aparte del sentido común y de la conciencia, de los códigos deontológicos; pero hoy en día, aunque uno consulte los códigos deontológicos, donde se plasman los deberes de los profesionales, no encontrará respuesta suficiente a la manera de tomar una decisión sobre el modo correcto de adjudicar las limitadas camas de una UVI, por ejemplo. Porque aquí hay que tener en cuenta también las necesidades y derechos del paciente y de la sociedad.

Pero qué quiere decir esto; que en las decisiones morales del personal sanitario no sólo hay que considerar los deberes del médico y enfermero, del psiquiatra y psicólogo, sino también los derechos de los pacientes, y, además, es preciso contar con los derechos de la sociedad. En la medicina y enfermería actuales no es posible dejar de tener en cuenta cuatro elementos básicos: el médico, enfermero o terapeuta, el paciente, la familia y la sociedad; y no olvidar tampoco que, al no ser los códigos deontológicos suficientemente operativos a la hora de enfrentar muchos de los conflictos morales de la práctica diaria, la medicina y la psiquiatría necesitan una clarificación de principios que permita orientar a los profesionales de las mismas sobre cómo decidir lo que deben hacer ante situaciones problemáticas. De hecho, para el que observa el panorama de la ética médica es fácil constatar que se encuentra ante una pluralidad de criterios difícilmente conciliables entre sí; de modo que se hace precisa una verdadera justificación y, por tanto, demostración, de la razón última por la que un determinado acto moral sea considerado recto o no recto, lícito o ilícito, obligado o prohibido.

Fundamentación ética. Modelos éticos

Es fundamental, pues, establecer y aclarar cuales son los criterios de fondo en los que se apoya y justifica un juicio de licitud o ilicitud: si no se está de acuerdo sobre el "modelo" ético asumido, difícilmente puede haber acuerdo sobre las conclusiones particulares relativas a las situaciones individuales. Tanto más necesario se hace esto cuanto que en un contexto pluralista pueden asumirse visiones parciales más o menos acriticamente, y de

modo más o menos irreflexivo. Precisamente en el ámbito del pluralismo es donde se hace más necesario clarificar el diálogo a fin de hacer comprensible la razón profunda de la confrontación o de la contrastación.

Valorando la numerosa literatura que hoy aparece en este campo, y en orden a una sistematización didáctica, podemos identificar cuatro tipologías o modelos éticos a los que más o menos explícitamente hacen referencia los diversos autores y de los que se nutre de hecho la elección práctica(10), y que voy a citar brevemente:

1) *Modelo subjetivista o liberal-radical*, para el que el único fundamento del obrar moral es la elección autónoma del sujeto. El único límite es la libertad: es éticamente lícito todo lo que es libremente querido, libremente aceptado y que no lesiona la libertad de otros. En nombre de esta libertad se pide que la ciencia no sufra obstáculos de ningún género, que a todo paciente se le deje libre de autodeterminarse (decidir el momento de su muerte, decidir continuar o no el embarazo...) etc.

2) *Modelo pragmático-utilitarista*. En él el principio básico que viene a regular la valoración en el campo médico es el de la relación coste/beneficio, en el presupuesto frecuente de que no puedan adquirirse criterios superiores y metafísicos como verdad y norma universal. Un acto se evalúa a partir de los costos y beneficios, lo aceptable éticamente depende de las consecuencias de la acción, hay que buscar el mayor bien para la mayor cantidad posible de personas.

3) *Modelo sociobiológico o naturalista*. Es un modelo descriptivo de la bioética, pero no normativo. Según este modelo la sociedad en su evolución produce y cambia los valores y normas morales, que están en función del

desarrollo evolutivo de la sociedad; del mismo modo que los seres vivientes, en su evolución biológica han desarrollado órganos para ciertas funciones a fin de adaptarse y mejorar su existencia.

4) *Modelo personalista*. Se trata de un modelo que tiene como referencia primaria el valor de la persona humana, del cual derivan después su libertad y responsabilidad, sus valores sociales, su adaptación e integración con los restantes seres vivientes. El hombre es persona porque es el único ser que es capaz de reflexionar sobre sí mismo, de autodeterminarse; es el único ser viviente que es sujeto y no objeto, que es fin y no medio.

Creo que hoy en día el esfuerzo habría que ponerlo en ofrecer una visión más personalista de la medicina(11) y de la psiquiatría. Lo importante sería la defensa de lo humano, para descubrir en cada caso lo que parece más acorde con la dignidad de la persona, aunque en ocasiones exigiera la renuncia de otros posibles objetivos. Y en la medida que se diera esta recuperación de lo humano, el margen de discrepancia quedaría bastante reducido.

Una vez clarificados los modelos de referencia ética, podemos pasar a referirnos a unos principios éticos que tienden a menudo a usarse en la toma de decisiones en la ética médica.

Principios básicos

Precisamente para intentar llegar a un acuerdo sobre unos principios éticos básicos, el Congreso de los Estados Unidos constituyó, en 1974, la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Esta comisión dió a

luz unos años después, en 1978, un informe, el Belmont Report (12), en el que se establecían tres principios éticos fundamentales a tener en cuenta en la investigación con seres humanos, que se han hecho luego básicos para la ética médica, a saber: principio de Beneficencia, principio de Autonomía y principio de Justicia (hay que hacer el bien a los demás, respetar su libertad y actuar de modo justo con ellos).

A estos tres principios añadieron Beauchamp y Childress(13), en 1979, el principio de No-maleficencia (no se debe hacer el mal).

Expondremos ahora algunas consideraciones generales (a modo de breve comentario) sobre estos cuatro principios.

Beneficencia.- Es necesario precisar que este término se entiende aquí en un sentido etimológico (del latín *beneficentia* = bondad, virtud de hacer el bien) no en el de caridad paternalista.

Hace referencia a que el profesional de la salud debe hacer cuanto esté en su mano para mejorar la salud del paciente, pero siempre teniendo en cuenta lo que éste considere adecuado. Por eso, como veremos, este principio está en íntima relación con el de autonomía.

En el principio de beneficencia se han basado todos los códigos médicos desde Hipócrates hasta nuestros días.

La aplicación de este principio es muy compleja, pues, como señala Diego Gracia, "cuando la beneficencia no respeta en lo posible el principio de autonomía, se cae en el paternalismo"(14). Para que la beneficencia no sea paternalista es preciso, al hacer el bien, que el paciente lo pida y acepte. Paternalismo sería presionar a un paciente competente a aceptar tratamiento psiquiátrico cuando dice no precisarlo y sus trastornos no afectan

manifiestamente a los demás, sino solamente le ocasionan a él sufrimiento personal. El equilibrio entre hacer el bien y respetar la autonomía del paciente, se establece a través del Consentimiento Informado, del que luego hablaremos.

Autonomía.- Se entiende por tal la capacidad del hombre de actuar con conocimiento y libertad. Como se basa en la convicción de que el hombre debe ser libre, es un principio que ha tardado mucho más en incluirse en la cultura occidental y en concreto en el campo de la medicina. Este principio supone, por tanto, el respeto de las opiniones y de las elecciones de los pacientes. No se puede tratar a un paciente contra su voluntad, ni internarlo en una institución psiquiátrica sin su consentimiento. Es necesario que el paciente sea correctamente informado de su situación y de las posibles alternativas terapéuticas, pues en caso contrario no se puede hablar de que tenga conocimiento para decidir: se deben respetar las decisiones de los pacientes competentes (que tienen conocimiento suficiente). El pilar central de este principio es, pues, el Consentimiento Informado.

Los límites a este principio le vienen fundamentalmente del principio de justicia, que a continuación comentaremos. El bien común hace necesario poner límites a la libertad de los pacientes.

Justicia.- No se ha conseguido elaborar una definición de justicia que fuera tan ampliamente aceptada como lo es la de los dos principios previamente expuestos. Generalmente la justicia se ha tendido a asimilar al concepto de equidad, de dar a cada uno lo suyo.

Como principio de ética médica, se entiende por justicia la imparcialidad en la dis-

tribución de los riesgos y beneficios. Hace referencia al respeto al bien común.

No-maleficencia.- La práctica médica siempre ha estado relacionada con la máxima "primum non nocere": ante todo no hacer daño. Y a esto se refiere este principio. Pero es preciso separarlo del de beneficencia, del que es totalmente distinto. Este último tiene que tener en cuenta el consentimiento informado, como ya hemos señalado anteriormente; sin embargo, el principio de No-maleficencia obliga antes de cualquier tipo de información, pues nunca se debe hacer el mal, mientras que en alguna ocasión podemos no estar obligados a hacer el bien.

Los principios aquí descritos están presentes en todas las actuaciones médicas que impliquen aspectos éticos, y se denominan principios "prima facie" porque en caso de no entrar en conflicto, todos son del mismo obligado cumplimiento(15). Ahora bien, si surge un conflicto entre ellos, ¿existe alguna manera de poder valorar el establecimiento de un orden jerárquico entre dichos principios o deberes?. Diego Gracia(16) señala que los principios de no maleficencia y de justicia son jerárquicamente superiores a los de autonomía y beneficencia, pues se definen como criterios universales, ya que obligan aun en contra de la voluntad de las personas (no estamos obligados a hacer bien a otro en contra de su voluntad, pero sí a no hacerle mal; del mismo modo, que en ante una situación de conflicto habría que anteponer el bien común a mi bien particular). Pero es preciso decir aquí que hay que ser muy cuidadosos al colocar el bien social por encima del individual, y que se hace necesario velar porque el beneficio social a obtener sea un beneficio social cierto, no supuesto (al menos cuando

se de un conflicto con otros principios); y tener en cuenta que la sociedad no puede utilizar al hombre como objeto.

Esto nos lleva a preguntarnos si existen principios morales que puedan ser considerados absolutos. El racionalismo respondió a esta pregunta de modo positivo. Ahora bien, hoy el racionalismo está cuestionado y se piensa que la racionalidad humana es muy limitada, y que nunca puede agotar eso que llamamos la realidad. Pero aun así, el principio del respeto a la dignidad de la persona humana sigue teniendo carácter de absoluto.

Entendemos por dignidad humana la condición especial que reviste el ser hombre (del latín dignitas = consideración, condición). La condición que merece el hombre es la de ser persona; el hombre no es animal o cosa; es sujeto, no objeto cuyo comportamiento se determine desde fuera. El hombre no tiene, pues, carácter de medio sino de fin; debe ser tratado siempre como un fin y no como un medio para algo, por lo que reclama siempre un respeto incondicional y absoluto(17).

Dos aspectos de la praxis psiquiátrica

Dado que la relación médico-paciente juega un papel fundamental en el trabajo psiquiátrico, no es de extrañar que sean el secreto profesional y el consentimiento informado dos ejes sobre los que giren muchos de los aspectos éticos de las psiquiatría, pues ambos son elementos centrales en esa relación.

Los dos se basan en el principio de autonomía y tienen excepciones derivadas del principio de justicia, de los derechos de la sociedad. Secreto profesional y consentimiento informado son necesarios al aplicar

un tratamiento, ante la hospitalización involuntaria, en caso de plantear un trabajo de investigación, etc.

Consentimiento informado.- Se suele entender por tal el proceso por el que se proporciona al paciente información relevante para que éste pueda decidir ante cualquier indicación terapéutica o experimental. Consentimiento proviene del latín cum sentire = sentir con, juntamente con. Por tanto "estar de acuerdo", "asentir". Por ello, este consentimiento informado precisa de tres componentes: información, voluntariedad y competencia(18)(19).

Se entiende por información la necesidad de que la persona posea todos los elementos de juicio precisos para poder tomar una decisión. La voluntariedad supone que el paciente esté libre de toda coacción o influencia indebida. Y la competencia, que el paciente esté en condiciones de comprender la información que se le proporciona.

En la práctica psiquiátrica no es infrecuente que el estado del paciente pueda incapacitarlo para ejercer un juicio libre o para comprender la naturaleza de lo que se le informa, lo que puede llevar a actitudes paternalistas por parte de los profesionales de la psiquiatría, que podrían conducir a abusos o a relaciones de dependencia que atentarían contra el principio de la autonomía del paciente.

Para el inicio de una psicoterapia, para el establecimiento de un tratamiento psicofarmacológico, para un ingreso psiquiátrico (y en el caso de que sea involuntario se buscará el consentimiento sustitutorio de los familiares o tutores), para la experimentación con pacientes, se hace necesario tener muy en cuenta la necesidad de este consentimiento

informado.

Secreto profesional.- La palabra secreto, proviene del latín: *secerno*, *-crevi*, *-cretum* = separar, poner aparte. En general, se entiende por secreto aquello que se mantiene oculto a los demás, separado del conocimiento de los otros. Podría definirse el secreto profesional en medicina como la obligación moral que tiene el médico de guardar reserva de los hechos conocidos por él en el ejercicio de la profesión. Vemos que en esta definición quedan englobados los hechos que conoce el médico aunque no sean expresamente revelados confidencialmente por el paciente. Y es que aunque generalmente se considera secreto aquello que es informado de manera confidencial, sin embargo, en el contexto de la relación médico paciente, este último puede considerar secreto todo lo que haya surgido en su interacción con el médico, incluyendo el hecho mismo de consultar.

El mantenimiento del secreto tiene su fundamento en el principio de autonomía; en este caso en el respeto a la intimidad del paciente(20). Teniendo en cuenta que la intimidad es parte esencial y exclusiva de cada hombre, en último término el secreto médico se apoya en el respeto a la dignidad de la persona humana.

Pero la necesidad del secreto se apoya también en la apelación al bien común: sin la existencia del secreto los pacientes no se encontrarían en condiciones de transmitir al médico la información necesaria para el diagnóstico y tratamiento apropiados, lo que redundaría en un perjuicio social.

Hay situaciones que plantean un conflicto entre el deber de respetar la intimidad del paciente y el deber del médico frente a terceras partes, que hemos de resolver con el co-

nocimiento apropiado de los principios *prima facie* ya expuestos, y teniendo siempre como trasfondo el respeto a la dignidad de la persona humana.

Algunos opinan que la profesión psiquiátrica que se ha preocupado mucho de la confidencialidad, fracasa con frecuencia en el respeto a la intimidad de las personas(21).

Resumiendo, y para finalizar esta exposición, podemos decir que las cuestiones éticas en psiquiatría y en medicina plantean dilemas complejos sobre los que muchas veces no hay consenso suficiente, pero que afectan directamente a los pacientes, las familias, los profesionales de la psiquiatría y la sociedad.

Ahora bien, la ausencia de acuerdo no debe llevar a dejar de pensar en la necesidad de adquirir conocimientos en ética psiquiátrica. No cabe esperar tomar decisiones estrictamente técnicas, pues siempre existen implicaciones éticas.

Y termino con una cita de Diego Gracia: "Sería ingenuo pensar que un buen clínico es el que sabe tomar racionalmente decisiones técnicas aunque sea un auténtico analfabeto en la toma de decisiones morales"(16).

Bibliografía

- (1) Coverdale et al. Are we teaching psychiatrists to be ethical? *Acad Psychiatry* 1992; 16: 199-205
- (2) Gurevitz H. Protective privilege versus public peril. *Am J Psychiatry* 1977; 134: 289-292.
- (3) Hassenfeld IN, Silver RJ. Ethics in Psychiatry: a view from the clinic. *Psychiatric Quarterly* 1984; 56: 157-163.
- (4) Castilla A. Ética y Psiquiatría. *Boletín de la Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental* 1994; 3: 3-9.
- (5) Declaración de Hawai. En: Gisbert JA. *Medicina legal y toxicología*. 3ª ed. Barcelona: Fundación García Muñoz, 1985; 42-43.

- (6) Dorr O. *Ética y psiquiatría. Psiquiatría dinámica y psicoterapia* 1989; 1: 7-14.
- (7) L Aranguren JL. *Propuestas morales*. Madrid: Tecnos 1984; 121.
- (8) L Aranguren JL. *Ética*. Madrid: Alianza Editorial 1990; 49.
- (9) Maliandi R. *Ética: conceptos y problemas*. Buenos Aires: Biblos 1991; 31-35.
- (10) Spagnolo A G. *Bioética: scienza della sopravvivenza e ponte verso il futuro*. *Renovatio* 1989; 4: 615-637.
- (11) Cortina A. *Ética mínima*. Madrid: Tecnos 3ªed. 1992; 159.
- (12) The Belmont Report. En: Serrano MA, García F, González de Suso F, et al. *Ensayos clínicos en España (1982-1988)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990; 121.
- (13) Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press, 1979; 40.
- (14) García D. *Introducción a la bioética*. En: Academia Alumnos Internos Facultad Medicina Valladolid. *Lecciones de bioética*. Valladolid: Secretariado de publicaciones de la Universidad, 1987; 25.
- (15) Beauchamp TL, McCullough LB. *Ética médica*. Barcelona: Labor, 1987; 13.
- (16) Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: Eudema, 1991; 11-12 y 125-129.
- (17) Castilla A, Vega J, Martínez P. *Secreto profesional médico*. *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid* 1993; XXXI: 277-287.
- (18) Dyer AR, Bloch S. *Informed consent and the psychiatric patient*. *J Med Ethics* 1987; 13: 12-16.
- (19) Serrano MA, García F, Galende I, et al. *Aspectos éticos en la investigación clínica con psicofármacos*. *Farmacología del SNC* 1990; 4: 132-136.
- (20) Emson HE. *Confidentiality: a modified value*. *J Med Ethics* 1988; 14: 87-90.
- (21) Bernal V. *Ética psiquiátrica y confidencialidad*. En: Kaplan HI, Sadock BJ. *Tratado de psiquiatría*. 2ª ed. Barcelona: Salvat, 1989; 1193-2002.