

HACIA UNA RECONSTRUCCIÓN TÉCNICO-AXIOGRÁFICA DEL CASO EN PSIQUIATRÍA: UNA NOTA BIOÉTICA

TOWARD A TECHNICIAN-AXIOMATIC RECONSTRUCTION OF THE CASE IN PSYCHIATRY: A BIOETIC NOTE

FERNANDO LOLAS STEPKE¹ y CAROLINA VALDEBENITO²

RESUMEN

En este trabajo se presenta la reformulación del caso en psiquiatría desde la perspectiva de la intertextualidad de los discursos generados por el enfermo, el terapeuta y los otros significativos en la vida del paciente. La matriz dialógica de la bioética es propuesta como el fundamento discursivo de la integración de perspectivas y su dilucidación requiere de una axiografía empírica que fundamente una psiquiatría basada en valores.

PALABRAS-CLAVE : Caso psiquiátrico, bioética, axiografía.

ABSTRACT

This paper presents a reformulation of the psychiatric case from the perspective of the intertextual analysis of discourses generated by the patient, the therapist and the significant others in patient's life. The dialogical matrix offered by bioethics is proposed as the discursive foundation for the integration of perspectives and its elucidation needs an empirical axiography as the basis for a value-based psychiatry.

KEY WORDS: Psychiatric case, bioethics, axiography.

1. Profesor Titular de la Universidad de Chile y de la Universidad Nacional "Andrés Bello"
Director, Unidad de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud.

2. Docente del Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética de la Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo propone la construcción del “caso psiquiátrico” tomando en consideración los “textos” proporcionados por el “paciente”, los “otros significativos” en su vida y el terapeuta o tratante. Esta perspectiva hace justicia a la pluralidad y heterogeneidad de los discursos que expresan, manifiestan y definen lo mórbido o necesitado de atención experta. Incluye además la noción de una práctica de la medicina valóricamente fundada (*value-based medicine*, por contraste con la más usual *evidence-based medicine*), toda vez que las distintas percepciones y construcciones presentan en forma implícita y no reflexiva los “universales de sentido” (“valores”) que inspiran la construcción de lo normal y lo patológico en cada cultura.

Por estar socialmente construida la enfermedad, la condición de enfermo no solamente responde a una situación de dolencia psicofísica sino a una comunicación de la enfermedad a través de las redes sociales que envuelven al paciente. Es por un acto comunicativo -intrapersonal o interpersonal- que el menoscabo y la dolencia se transforman en entidad mórbida, que entonces se constituye en “objeto social” susceptible de denominación e intervención.

Cuando hablamos aquí de enfermedad se la concibe como producto de un proceso técnico de rotulación y clasificación de la entidad mórbida y como proceso personal y ritual de manifestarse necesitado de ayuda y atención.

Estar enfermo no es lo mismo que tener una enfermedad o ser considerado enfermo.¹ Las enfermedades más graves no siempre las padecen las personas que se sienten más enfermas. La disociación entre los discursos es tan habitual que afecta en forma ubicua la

tensión existente entre el “lenguaje de la demanda” con que los usuarios se acercan a los sistemas de cuidado de la salud y el “lenguaje de la oferta” con que éstos responden, a menudo produciendo insatisfacciones y frustraciones en quienes reciben atención y servicios.

Los múltiples y dispares significados atribuidos a signos, síntomas y esperanzas pueden ser armonizados mediante una reconstrucción del “caso” no ya como aquello que afecta a un individuo sino como la integración de discursos provenientes de distintos hablantes (médicos-pacientes-otros), desde distintas perspectivas y con diferentes intenciones.

PRÁCTICA PSIQUIÁTRICA

En la práctica de todas las profesiones existen dos tipos de competencia: *la competencia normativa*, que prescribe lo “apropiado” según el estado de su fundamento epistemológico y cognoscitivo (*lege artis*), y *la competencia práctica*, que determina lo que debe hacerse en un caso determinado según la prudencia del profesional y el contexto social (*lege societatis*). Ambas formas de competencia pueden ser traducidas a imperativos éticos.

En medicina, la primera preceptiva influyente, la hipocrática, establece que no puede haber práctica buena sin buena práctica. Esto es, señala como fundamento primario de lo bueno la competencia técnica; incurre en falta aquel médico que desconoce de su arte, aquello que es lo propio -o apropiado- lo cual debe sin embargo atemperarse por la virtud de la prudencia, que informa las acciones en contextos particulares.

En salud mental, concebida como constituyente de la tarea médica, la tensión entre

ambas competencias se expresa por el contraste entre la norma universal, a menudo codificada como práctica modélica deseable, y lo que se realiza en contextos específicos.

Como la medicina es una práctica social tanto como una disciplina, en su formalización concreta intervienen aspectos socioculturales y subjetivos de quien vive la cultura. Estas dos modulaciones de la práctica, si bien no relativizan los imperativos éticos, hacen necesario su examen desde una perspectiva empírica próxima, mas no idéntica, a la de las ciencias sociales y del comportamiento.

BIOÉTICA Y PSIQUIATRÍA

Los principios bioéticos permiten formular, fundamentar y aplicar normas de conducta frente a dilemas, esto es, problemas cuya solución es en sí misma otro problema.² El paciente psiquiátrico, más que otros dolientes, plantea el desafío de que su libertad de acción y elección parece estar menoscabada “desde él mismo o ella misma”. Además, la etiología no es siempre la guía apropiada para orientar la terapéutica o el pronóstico. Esta indeterminación etiológica de muchas entidades mórbidas tiene como consecuencia una mayor influencia de los usos societarios en la práctica diagnóstica y un empirismo no siempre racional en la terapéutica.

La influencia de los discursos heterogéneos y plurales hace difícil concebir únicamente el “caso” como aquello que queda reflejado en una sola fuente de información o en una sola perspectiva. Muchas personas que se sienten enfermas, en realidad no tienen enfermedades. Muchos individuos considerados enfermos no se sienten tales. La detección de anomalías histológicas o fisiológicas mediante procedimientos técnicos ha

reducido el “umbral de lo patógeno” al punto que muchos tratamientos se prescriben para condiciones que, en sí mismas, no producen dolor o menoscabo. En muchos de tales males asintomáticos la intervención médica se justifica por eventuales consecuencias de la condición fisiopatológica, no por el trastorno que causan. Ejemplos como la hipertensión arterial o la diabetes no complicada fundamentan tal proceder. No menos importante, en el caso de la psiquiatría, es la multideterminación del trastorno, toda vez que el malestar psicológico puede reconocer su origen en un trastorno bioquímico, en una anormalidad de las relaciones interpersonales o en demandas del ambiente, por más que la “vía final común” sea una fisiología cerebral anómala. En ninguna otra especialidad médica la distinción entre sentirse enfermo, tener una enfermedad o ser considerado enfermo adquiere el carácter de una auténtica demarcación de discursos incongruentes. En ninguna otra el “caso” es una polifonía de voces disímiles.

Casi todos los substantivos complejos con que se trata de captar la heterogeneidad de lo médico pueden leerse como yuxtaposiciones, aposiciones o integraciones de discursos.³ Esto significa que a veces se emplean adjetivos compuestos, como bio-psicosocial, socio-demográfico, psico-biológico con finalidades diversas. En ocasiones, para indicar diversidad, a veces para señalar concordancias entre disciplinas que conforman juntas un nuevo ámbito y, en menos ocasiones, como auténtica integración de discursos. La misma expresión “psicosomática” que en algún momento significó una suerte de metafísica analítica para referirse a la integración mente-cuerpo, es en realidad un instrumento metódico para integración de discursos si se la interpreta rectamente.⁴ Pertenece, por su índole, a aquellos “saberes de saberes” o “meta-saberes” cuya finalidad no es producir datos sino armonizar datos.

Intentos de integración ha habido, por cierto, muchos. Confusos holismos, pretensiones “humanizadoras” o humanizantes, totalidades, todo se presenta como panacea para resolver los especialismos y las expertocracias esterilizantes que suelen desembocar en conflictos entre profesiones y grupos. No importa como se los denomine, lo importante es la intención globalizante. Cuando se logra de modo apropiado, la habitual competencia o la cooperación entre profesiones y disciplinas puede transformarse en auténtica integración. Más esperanza que cabal realidad, esto es lo que palpita debajo de tales intentos, de los logrados y de los malogrados.

Tal vez el último de tales intentos globalizadores, nuevo paradigma de la intertextualidad médica, sea la bioética. Su discurso es un discurso dialógico por excelencia, en el cual a los tradicionales ámbitos o espacios semánticos de las ciencias y las tecnologías se agrega el de los valores, universales de sentido que orientan y justifican principios morales y normas de conducta. En tal sentido, la bioética agrega la dimensión valórica a un conjunto de discursos técnicos y puede decirse que una medicina bioéticamente fundada es una “*medicina basada en valores*” (*value-based medicine*). Complementa y expande la conocida “medicina basada en pruebas” (*evidence-based medicine*). La bioética en la atención psiquiátrica interpela lo interdisciplinar desde la perspectiva de lo integral. Representa hoy el basamento antropológico del arte de curar con herramientas conceptuales y metódicas apropiadas para integrar discursos aspirando a una razonable totalidad basada en procedimientos y no en narrativas metafísicas.

Este nuevo espacio semántico no pertenece en propiedad a ninguno de los hablantes del hecho social medicina. No pertenece a los profesionales exclusivamente, tampoco a los

dolientes o pacientes, tampoco a la sociedad mayor. Cada uno de estos hablantes, con sus discursos, entra como constituyente de un metaespacio de múltiples resonancias e innumerables lecturas. No existe un texto canónico que agrupe todas las perspectivas pues aquí, como en el cubismo pictórico, la realidad se interdigita y mezcla y el verdadero “caso”, el texto general, puede leerse y mirarse desde perspectivas distintas, todas posibles, todas legítimas.

La *moralidad común* (*common morality*) es el primer substrato que hace posible la comunicación entre los distintos hablantes que participan en la conformación del caso psiquiátrico, por ejemplo, el familiar, el paciente y el médico tratante. Da la impronta de lo cultural, aquello que debe ser examinado en un plano empírico, como otra aportación de las ciencias sociales.⁵

Este examen se contrasta con el conocimiento y la aplicación de códigos y preceptos aceptados internacionalmente en el ejercicio de la psiquiatría, especialmente, los ratificados en Hawaii (1977), Viena (1980) y Madrid (1996), además de códigos internacionales de naturaleza general que norman aspectos de la atención médica más amplios. En todos ellos está presente la exigencia de idoneidad técnica, trato humanitario, respecto de la autonomía, mantención de la confidencialidad y consentimiento cosmopolita. Sin embargo, como demuestra la experiencia, la existencia de normas escritas, por sí sola, no garantiza la correcta interpretación de su texto ni la aplicación apropiada de sus directrices. Por ello la bioética es en principio dialógica y transdiscursiva y se va constituyendo en la interacción.

AXIOGRAFÍA PSIQUIÁTRICA

De este examen bioético se derivaron las directrices para el examen bioético de la prá-

tica psiquiátrica y sus necesarias limitaciones en un contexto particular. A este proceder denominamos axiografía empírica.

Toda teoría de la decisión ética en contextos específicos debe considerar los fundamentos de una teoría general de la conducta social. De ésta pueden derivarse principios analíticos que den contenido empírico a los contextos formales de la ética y los que se aproximen a la práctica de la moralidad pre-reflexiva o común.

La construcción de tal teoría general de la conducta social exige la recolección de información empírica, sin que ello implique una negación del plano de fundamentación discursiva que exige la reflexión filosófica ulterior.

El problema del contenido empírico de la norma ética y de su admisión o rechazo por parte del agente moral ha sido abordado en diversos contextos. Los métodos de decisión en ética clínica, han tomado en consideración los aportes de la teoría del grupo, de la psicología social y de la teoría general de la información. La elaboración de pautas de indagación o instrumentos psicométricos han llevado a algunos a proponer axiogramas, esto es, registro objetivo de los modelos de tomas de decisión, racionales o espontáneos, en todo semejantes a un examen clínico.

Desde el momento en que hablamos de axiografía diferencial, entendemos que hay una relación social que está operando de manera diferenciada y funcional a su entorno y al contexto discursivo en que se inserta.

En este proceso de construcción social surge el caso clínico de una manera dialéctica, al modo de la acción comunicativa de Habermas, fundamento de las variedades de ética del discurso que se han ensayado con éxito en numerosas ocasiones y que represen-

tan, sin duda, un modo clínicamente relevante de trabajar en bioética.⁶

Ellos se comunican mediante un consenso o fin en común, la salud del paciente, sin embargo y paradójicamente, la relación se mantiene mientras la enfermedad sea racionalizada como problema.

Esta paradoja permite identificar interrogantes en cuanto a la pertinencia de las normativas y principios bioéticos en el tratamiento psiquiátrico, especialmente en el principio de autonomía.

CONCLUSIÓN

Lo que hemos querido discutir en este artículo es cómo los macroprocesos sociales y culturales del desarrollo tecnocientífico, afectan a la sociedad y por cierto a la relación médico paciente. En tal sentido, el “caso” es reformulado en y desde una intertextualidad creativa que es el fundamento de lo antropológico en medicina. Se precisa, en consonancia con esta propuesta, desarrollar métodos empíricos adecuados para formular apropiadamente los problemas que abordará la futura investigación bioéticamente orientada y fundante de una relación entre hablantes.⁷

Es esta relación la cual creemos que se constituye en un proceso axiográfico en el cual se entrecruzan las *grafías* del paciente, pariente y médico. Es en esta escritura comunicante que se produce la condición y situación del paciente. Sólo considerando este entramado discursivo podremos lograr una mejor comprensión del estado del paciente y por tanto satisfacer las expectativas involucradas en el proceso curativo.

Siendo la bioética un diálogo comunicante es preciso dar equivalencia a todas las escrituras que se hagan en el acto social, sin

embargo en la práctica médica sólo la integración de los discursos nos permitirá comprender a cabalidad la complejidad del paciente y responder a su necesidad real. La enferme-

dad ya no queda confinada al espacio tridimensional del cuerpo geométrico sino existe en la multidimensionalidad de lo social y lo psicológico, “más allá del cuerpo”.*

BIBLIOGRAFÍA

1. Lolas F. Proposiciones para una teoría de la medicina. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1992
2. Lolas, F. Temas de Bioética. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 2002.
3. Lolas, F. Las disciplinas psicológico-psiquiátricas como discursos. *Archivos de Psiquiatría* (Madrid) 2003; 66 (5): 93-105,
4. Lolas, F. La perspectiva psicosomática en medicina. *Ensayos de aproximación*. 2^a ed. Santiago de Chile: Editorial Universitaria, 1995.
5. Lolas, F. Sobre constructivismo moral: necesidad de una axiografía empírica. *Acta Bioethica* (OPS, Santiago de Chile) 2000; 6(2): 219-229.
6. Habermas, J. *Zur Theorie des kommunikativen Handelns*. Frankfurt/Main: Suhrkamp Verlag, 1987.
7. Lolas F. Bioética y Antropología médica. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2000
8. Lolas F. Más allá del cuerpo. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello;1997