

## CAPÍTULO V

### *Para una ética en salud mental*

Los filósofos, cuyo debate hemos mencionado, no hacen daño, su acto se limita a la palabra y al diálogo; la ética y la moral forman parte esencial de su reflexión. Los psiquiatras basan su acto en una intervención sobre otro ser; la cuestión ética y moral en esta práctica está ligada al acto mismo, no se detiene en la palabra ni en el diálogo. Por esto la ética en salud mental se constituye como el referente esencial de todo conocimiento y de toda intervención terapéutica, ya que no puede tratarse de la objetivación del otro, paciente, para hacerlo accesible a sus categorías teóricas y a sus intervenciones prácticas, sino de una comprensión que sólo puede surgir de la relación de alteridad, de un encuentro singular con el otro en cuya relación se condiciona todo conocimiento. Como formula E. Lévinas:

*"Nuestra relación con él consiste ciertamente en querer comprenderlo, pero esta relación desborda la comprensión. No solamente porque el conocimiento del otro exige, fuera de la curiosidad, también de la simpatía o del amor, maneras de ser distintas de la contemplación impasible. Pero porque, en nuestra relación con el otro, este no nos afecta a partir de un concepto. Él es siendo y cuenta como tal."*<sup>1</sup>

Lo esencial de la relación terapéutica es ética y pone en juego valores morales, el deber ser, que implica a ambos sujetos. En primer lugar se trata de la relación sensible con otro, que debe ser reconocido como un semejante, siempre un otro sólo cognoscible en el seno del encuentro, el reconocimiento, la palabra y la comprensión de esa alteridad que constituye a ambos, psiquiatra e individuo enfermo. Ese encuentro y esa relación es ya dialógica, aun si uno de los sujetos niega la palabra o intenta sustraerse, o negarse a esa

1. Emmanuel Lévinas, *Entre Nous*, Grasset, París, 1991, pág. 24.

relación. El sujeto enfermo no es una pieza anatómica ni una función aislable, no puede ser observado, descrito o contemplado de un modo objetivo porque su comportamiento, su forma de pensar, la construcción de significados en sus interpretaciones delirantes, sus alucinaciones, hacen a una experiencia singular en la que están presentes todas las dimensiones de su ser histórico y social.

Reconocerlo como un semejante hace que sólo en relación con nuestras propias valoraciones y nuestros modos de percibir, valorar y pensar —lo cual nos remite a nuestra condición de seres sociales de una cultura determinada— podamos establecer con él una relación en la cual su palabra pueda revelarnos algo de la dimensión de su sufrimiento. La ilusión objetivista por la cual creemos comprender un comportamiento por la sola observación y descripción del mismo (su bizarrería, su estereotipia, lo absurdo de su actitud), desconoce la propia condición subjetiva de quien describe, interpreta y valora, y que interpretar y valorar ponen en juego su propia condición de sujeto moral, el deber ser que lo constituye como sujeto social. Esta dimensión ética del reconocimiento del enfermo como un semejante, se opone desde el inicio no sólo a una pretensión de objetividad en la relación con él, sino también al poder de dominación que de ella se deriva.

En segundo lugar, el pensamiento y la comprensión del terapeuta, la comprensión clínica y la construcción teórica de explicaciones sobre la enfermedad, no pueden ser ajenas, ni suspender, a esta condición sensible y alteridad, en la cual el concepto o las categorías del pensamiento que utilice, responden inevitablemente a valoraciones y juicios morales, entre lo que percibe que es y lo que debe ser. Esto significa que la teoría psiquiátrica debe partir de la comprensión de esta relación de alteridad y de esta dimensión intersubjetiva, tan cara a la comprensión fenomenológica y existencial, pero que debe asumir el componente ético y moral, el deber ser, que está en la base de toda interpretación del comportamiento patológico.

La tercera exigencia es que aquello que el terapeuta dice, lo que comunica a su paciente, a la familia, a sus colegas, debe responder a un principio de verdad que sólo puede establecerse por la fidelidad a su reconocimiento del enfermo como un semejante, y a su pensamiento conceptual en el cual trata de explicar la enfermedad. Esta exigencia ética se debe a que con frecuencia, dominado por el afán de dominar la situación de resistencia del enfermo o la familia de éste, el psiquiatra puede engañar con explicaciones dirigidas a ese fin, más allá de que coincidan o no con su pensamiento teórico o con la relación establecida con su paciente. Frecuentemente el psiquiatra no acepta su desconocimiento inicial sobre las razones del sufrimiento mental de su paciente, porque este reconocimiento debilitaría su poder para imponer la

reconocimiento de esto  
que se refiere a

pensar — como  
valorar, evaluar

Princ de verdad  
en la práctica

decisión de internación o la indicación de determinado tratamiento, y abriría al mismo tiempo las puertas para que la palabra del paciente tengan también su lugar en la decisión. Todo tratamiento coercitivo tiene siempre este punto de partida y esta falla ética.

Finalmente, un cuarto momento de esta ética, el de la práctica, el del hacer del terapeuta, momento en el que su ética se expresa en acción sobre el otro, debe responder y ser coherente con su sentimiento por el semejante, su comprensión y su interlocución con él y la comunidad profesional a la que pertenece. Sólo esta coherencia puede hacer de su discurso y de su hacer una palabra plena y verdadera. Este es el punto más frecuentemente vulnerado en la ética de la psiquiatría. Como hemos visto, la mayor parte de los tratamientos coercitivos, indicados por razones médicas y con la enunciación de que están dirigidos a curar, no guardan ninguna relación con un saber teórico sobre la enfermedad, ninguna racionalidad en los efectos curativos o al menos benéficos que cabe esperar, y menos aun tienen en cuenta al otro como un semejante.

Estas cuestiones están más allá de los descubrimientos actuales de la neurobiología y plantean más que nunca los recaudos éticos acerca de cómo actuar sobre las personas que padecen sufrimiento mental. Lo esencial, como siempre, sigue siendo la relación que el individuo que padece de trastorno mental establece con quien debe procurarle cuidados y alivio a su padecimiento; es en esta relación que se pone en juego la cuestión del poder que hemos analizado. No me caben dudas acerca de la eficacia y el beneficio que para el sufrimiento de los pacientes significan los nuevos psicofármacos y el conocimiento sobre sus mecanismos de acción, aportados por la investigación neurobiológica. Nada justificaría prescindir de ellos para producir alivio a su dolor psíquico, atenuar la depresión o mejorar su sueño. Pero el problema del sujeto que padece un trastorno mental no puede detenerse allí: lo que su estado psíquico expresa exige el esfuerzo de la comprensión y de su inscripción en el drama de las fuerzas de la vida; esta comprensión sólo es ética si parte de reconocer al enfermo como un semejante al que se trata de cuidar. La medicación es una ayuda para el sufrimiento y también para posibilitar una mayor profundidad de la capacidad de reflexión en el individuo enfermo y el diálogo en la relación psicoterapéutica. Pero, puede también servir a la imposición de un poder coercitivo para dominar a un sujeto cuyo comportamiento no se adecua al orden y la disciplina que la vida social e institucional exige. Afirmar al paciente, o a la familia y la comunidad, que se trata de una enfermedad como las otras, cuyo desorden radica en el cerebro enfermo y se cura con determinados medicamentos, refleja, cuando menos, una cierta ignorancia de la complejidad de la condición humana, y cuando

práctica — como  
valorar, evaluar

más, constituye una afirmación intencional del poder médico y de sus intereses. Esta vía no es solamente negar la responsabilidad del sujeto frente a su padecimiento (y negarle a la vez sus recursos para pensar y actuar sobre él), es también, por parte del psiquiatra, al querer ser científico-objetivo, negarse como sujeto de esa experiencia.

El problema de los derechos conculcados en los pacientes alojados y retenidos en los hospitales psiquiátricos, es también en lo esencial una cuestión ética, cuya responsabilidad cabe al Estado que sostiene este sistema de atención y a los profesionales que realizan allí sus prácticas. Hemos revisado las formas en que el dispositivo institucional psiquiátrico ha producido a esos "pequeños monstruos" que hoy habitan estos lugares de encierro, en gran parte incapacitados ya para lograr una vida social digna. Se trata de recuperar en todo lo que sea posible su derecho a la vida en libertad y en sociedad, pero sobre todo se trata de detener este dispositivo de alienación y exclusión social. El derecho a una atención humana y digna; el derecho a recibir un trato respetuoso y cuidadoso de su condición de semejante; la afirmación de la igualdad ante la ley del enfermo mental como parte de su condición de ciudadano; el derecho a recibir tratamiento y cuidados en el seno de su comunidad y con participación de su familia y otras instituciones en las que participa; la exigencia de contar con su voluntad acerca de aceptar los tratamientos que le indiquen o la internación; la preservación de su derecho a la privacidad y la libertad de comunicación con su familia y la comunidad; el derecho a decidir sobre su ingreso a una institución psiquiátrica y a permanecer en ella, son responsabilidad del Estado, pero también de quienes, al indicar estos tratamientos e imponerlos, son partícipes de la privación de derechos que implican. Recuperar para quienes padecen sufrimiento mental sus derechos plenos de ciudadanía es a la vez actuar sobre el poder psiquiátrico, limitándolo, y sometiendo al control ético las prácticas de los psiquiatras. Como veremos enseguida, se trata de una nueva política, impulsada por varios organismos internacionales de salud y de derechos humanos, incluida la misma organización de Naciones Unidas, y asumida por muchos estados. Nueva política, pero esta vez no al servicio del control correccional y el castigo del enfermo, sino una política democrática que restablezca definitivamente su dignidad humana y su condición de ciudadano de plenos derechos.

## PARTE II

### *Derechos humanos y salud mental en Argentina*

• ALFREDO JORGE KRAUT •

*A Débora, mi esposa,  
por lo construido y por los tiempos por vivir, juntos.  
A mis hijos Martín y Violeta por el día a día.*