

2014 Marzo, 2(2): 11-11

“CONSIDERACIONES ÉTICAS Y BIOÉTICAS EN EL DISCURSO MÉDICO. LA INTEGRACIÓN DE LOS PARADIGMAS CIENTÍFICO Y HUMANISTA EN LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA EN GENERAL Y DE LA PSIQUIATRÍA EN PARTICULAR”.

Autores: Prof. Dr. Gustavo Adolfo Apreada.

“La vida es breve; el arte extenso; la ocasión fugaz; la experiencia insegura; el juicio difícil. Es preciso no sólo disponerse a hacer lo debido uno mismo, sino además que colaboren el enfermo, los que le asisten y las circunstancias externas”.

Corpus Hippocraticum, Aforismo 1,1.

Presentación

FUNDAMENTOS DE LA ELECCIÓN DEL TEMA:

Toda praxis se sostiene en una teoría que le da su fundamento y su razón de ser, y toda actividad científica debe poseer una ética; es decir unos principios que contemplen la conveniencia de tal o cual práctica. Sobre estos tres aspectos del quehacer científico (praxis, teoría y ética), es preciso reflexionar en forma permanente.

En este trabajo se plantea una integración en la enseñanza de dos paradigmas (científico y humanista) en las ciencias médicas en general, y en la psiquiatría en particular.

La vía operativa que se ha elegido para dar cuenta de esta integración, es la reflexión acerca de los supuestos que alimentan nuestras explicaciones científicas. ¿Cuál es nuestra idea acerca de las ciencias naturales? ¿Son distintas a las denominadas ciencias humanas? ¿Cuál es la posición del hombre en las ciencias naturales? ¿Cuál es la posición del mismo con respecto a su explicación de la cultura?

Para la integración que aquí se propone, resulta inadmisibles la separación del sujeto humano de la naturaleza. En ese sentido solo es concebible una medicina y una psiquiatría que **incluya al hombre** que las genera. El sujeto al configurarla, es parte indisoluble de ella; por más que se pretenda separarlo a favor de una supuesta objetividad que lo excluye arbitrariamente de su realidad.

La concepción postmoderna de la ciencia reclama del arte de curar un nuevo instrumento: el “ethoscopio” o visor de valores humanos, para revelar el axiograma en la relación médico-paciente y en la medicina-sociedad.

Por lo tanto, el paradigma humanista enuncia la corrección de la “ethoscopenia” o ceguera moral y axiológica de la medicina científico-tecnológica de la mano del paradigma biológico.

Multidimensionalidad y multicomplejidad del sujeto humano:

Hoy, más allá de los diferentes paradigmas, nos rendimos ante la evidencia de la multidimensionalidad y multicomplejidad del sujeto humano, es decir al paradigma de la complejidad que integra orgánicamente distintos aspectos de su totalidad. Por lo tanto, las ciencias que estudian cada uno de esos aspectos por separado, deberían funcionar interdependientemente, para evitar caer en una visión parcializada, inorgánica, y por eso mismo falsa, de la dimensión compleja del hombre que constituye su objeto de estudio.

El fin de la vieja antinomia entre naturaleza y cultura, y el reconocimiento del carácter humano de la verdad, permitirá fundar una ciencia humana más integrada. Como dice Edgar Morin: “el hombre es un ser cultural por naturaleza, y a la vez un ser natural por cultura”.

No se puede construir una ciencia sin sujeto. Sujeto significa estar agarrado, estar amarrado, estar sujeto. Por lo cual es impensable una ciencia que excluya al observador de la observación científica.

Objetivos

Los objetivos generales del presente trabajo son sentar las bases teóricas para la integración de dos paradigmas en la enseñanza de las Ciencias Médicas en general: a) el científico, y b) el humanístico.

2014 Marzo, 2(2): 11-11

Los objetivos específicos que se plantean son, la enseñanza de la integración de dichos paradigmas a la psiquiatría en particular, en la multicomplejidad y multidimensionalidad de un sujeto en “su ser y estar en el mundo” con un trastorno psíquico.

Ha llegado el momento de aplicar un pensamiento interaccionista y por ende un modelo y un paradigma integracionista, que permita construir una enseñanza más acorde con la realidad de la medicina y de la psicopatología. La realidad del sujeto humano, sano o enfermo, es la integración de lo psíquico, lo somático y lo socio-cultural.

El sujeto es, pues, naturaleza y cultura. Así, al estatuto biológico del hombre, se lo debe enriquecer y ampliar con el estudio vivencial, de sus modos de existencia y de su-ser-y-estar-en-el-mundo, es decir con su perspectiva antropológica. Estas dos vertientes son inseparables a la hora de pensar una enseñanza integradora de la medicina en general y de la psiquiatría en particular.

Pienso, pues, desde mi perspectiva a la psiquiatría como una **ciencia natural y cultural** al mismo tiempo, es decir **nomotética** (estudio de lo general) e **idiográfica** (estudio de lo individual). Sostengo una **concepción multifactorial y multidimensional** de los trastornos psíquicos, y una **comprensión bio-psico-social-cultural** de los mismos.

Introducción

Desde hace muchos años vivimos en la “medicalización” de la cultura, es decir la extensión del orden médico a todas las dimensiones de la existencia humana individual y colectiva. La salud se ha convertido en una fe universalmente compartida e impuesta, pero esta “religión higiénico-terapéutica” jaquea la ciencia médica con la relatividad propia de toda teología. La medicalización de la cultura trae por consecuencia la culturalización de la medicina, vale decir el relativismo científico-tecnológico de esta última.

De ahí que en el postmodernismo, de crítica a la razón y al proyecto ilustrado del progreso; renazca el humanismo en la medicina, es decir la recuperación del hombre como su auténtica medida. Se empieza a alcanzar una perspectiva antropológica de la medicina moderna, como sistema cultural, y a valorar su papel para comprender la propia cultura.

Por un lado resulta el modelo médico humanista, es decir la transformación postmoderna de la medicina en una disciplina integralista, hermenéutica y evaluativa.

Por otro lado con su giro aplicado, se revitalizan las humanidades en contacto con el mundo médico y las experiencias de la salud, la enfermedad, la vida y la muerte.

Michel Foucault ha establecido un “juicio arqueológico”, es decir la medicina como paradigma de las ciencias humanas, en virtud de las dos fuerzas que la determinan: a) la interna o epistemológica (su ideal científico-natural) y b) la externa o política (su facultad “disciplinaria” basada en la polaridad de lo normal y lo patológico).

El humanismo de nuestro tiempo, es decir el nuevo humanismo de la era tecnológica, se construye como un puente entre las “dos culturas”: la científica y la humanística. De aquí la posición clave de la medicina en el humanismo, por ser “la más humana de las ciencias y la más científica de las humanidades”.

La “infirmidad” de la especie humana, es decir el “desvalimiento ontológico” del hombre, es el origen de la medicina como institución social y relación singular del cuidado del sujeto sufriente. En nuestros días el modelo médico, con su estatuto epistemológico de teoría, técnica y praxis acerca de la salud y la enfermedad, la prevención y la curación, la vida y la muerte; pasa por una crisis de sus fundamentos.

El diagnóstico y el tratamiento de dicha crisis, representan las nuevas formas disciplinarias del humanismo médico de las manos de la filosofía de la medicina y la bioética.

Investigación

La tradición del humanismo y el humanismo médico:

El humanismo es el diseño de un mito en el que el hombre se constituye como su propio interrogante, es decir el “ser” en cuestión. ¿Qué significa ser humano? Tal es el “leitmotiv” del humanismo, acaso un invento de la religión perpetuado por la medicina.

Cuando decimos humanismo (si bien es un vocablo polisémico), estamos diciendo básicamente amor al hombre y a su dignidad humana y hablando de que el hombre debe ser

2014 Marzo, 2(2): 11-11

cuidado y respetado. El humanismo se define por las cualidades de la compasión, el respeto y la integridad.

La cultura de la educación humanística es portadora de los valores humanos (compasión, respeto, integridad), distinta de la cultura científica que es “axiológicamente neutra”.

Todos estos sentidos concurren al concepto de humanismo médico, cuyo eje central es el “homo infirmus”, ese sujeto ontológicamente desvalido cuyo remedio precario es la cultura en la que vive. Por lo tanto la especie humana es “hija del cuidado”, y la medicina es una institución social del mismo rango que la religión y el derecho.

Por otra parte, la enfermedad es el “estar del ser” del hombre, es decir el momento físico (somático) en que se actualiza la condición humana, vale decir la experiencia concreta de la “infirmas o finitud ontológica”.

El humanismo en la era tecnológica y los límites de la medicina:

El postmodernismo con sus lúcidas observaciones, ha criticado la idea ilustrada del progreso de la civilización y al papel que la ciencia moderna desempeña al respecto.

La ciencia ocupa el banquillo de los acusados bajo una triple argumentación crítica.

En un primer plano, empírico o descriptivo, en razón de la ambivalencia del desarrollo científico-tecnológico; por un lado promotor del bienestar irrevocable de la humanidad, y por otro responsable de la propia crisis de supervivencia planetaria, ecológica y nuclear. Situación inédita en la historia del hombre, su mismo poder es autoamenaza e incertidumbre, reverso trágico de un progreso técnico para nada ilusorio e imposible no reconocer.

En un segundo nivel de análisis surge la crítica a la racionalidad instrumental o estratégica, la crisis de la razón según fuera señalada por la escuela de Frankfurt: a partir del siglo XVIII se produce un cambio de modelo de racionalidad, que de ser básicamente deontológica ha pasado a convertirse en estrictamente teleológica o instrumental.

Y el tercer paso en el estudio crítico de la tecnociencia, apuesta a la “supuesta neutralidad axiológica” del saber científico, es decir su condición avalorativa y extramoral. En mayo de 1968 (“Mayo Francés”), se estableció la tesis de que la ciencia no es sólo un sistema de ideas, también es un sistema de control social, una urdimbre de las relaciones entre el saber y el poder que apelan al deber y actualizan la “genealogía de la moral”. El siglo XX ha aprendido que la ciencia no es política, ni social, ni axiológicamente neutra, quedando involucrada la responsabilidad del científico.

Se quiebra la fe en el progreso médico indefinido y la ilusión en la utopía de la salud, que se origina en la modernidad y cristaliza en la Ilustración. Este espejismo de la salud, incluso en el bien inspirado pero ingenuo slogan de la OMS (“Salud para todos en el año 2000”), alimenta la medicalización de la vida, que hoy paga los costos en la crisis del sistema sanitario.

A fines de 1960, en el marco más amplio del cuestionamiento ideológico a la tecnociencia, arrecian las críticas a la medicina oficial, y se perfilan sus dos caras polémicas: a) la positiva u optimista, visión tradicional de la progresiva eficacia de la medicina científica en el control de la enfermedad, y para la calidad y prolongación de la vida humana, y b) la negativa o pesimista, denuncia más reciente de la medicina académica por su imperativo tecnológico que conspira contra la auténtica atención de la salud, y resulta en iatrogenia y expropiación del cuerpo.

La crisis de la medicina resalta en el plano empírico la ineficacia frente a los padecimientos dominantes (enfermedades crónicas, del envejecimiento y sociales), y los costos del sistema sanitario. El planteo reflexivo apunta a la crisis de la razón médica (crisis del modelo positivista y planteo de un paradigma alternativo humanista), tanto en el orden teórico (objeto y método), como en el orden práctico o moral (fines y valores) de la medicina.

Nuevo estatuto epistemológico y pedagógico de la medicina:

Cabe considerar el advenimiento del humanismo en medicina (Humanidades Médicas), como una tercera etapa en la evolución del estatuto epistemológico de la medicina durante el siglo XX.

La primera etapa o científico-natural, es la constitución de la medicina como ciencia de la naturaleza (modelo biomédico). En rigor dicha constitución fue obra del siglo XIX, cuando la medicina alcanza estatuto científico conforme al modelo fiscalista de la ciencia moderna.

2014 Marzo, 2(2): 11-11

La segunda etapa o científico-social está jalonada por la creación de la OMS en 1946, cuyo proyecto político-sanitario asume las denominadas Ciencias Sociales (psicología, sociología, antropología), postulando como alternativa al modelo biomédico, un modelo bio-psico-social. La tercera etapa arranca con el cambio de modelo sanitario en los años de 1970, es decir el paso de la medicina curativa (centrada en el hospital y con el modelo biomédico), a la medicina preventiva (orientada a la comunidad y basada en el modelo humanista). Junto a las ciencias sociales, las disciplinas humanísticas son las nuevas armas de los profesionales de la salud, que necesitan integrarse eficazmente a su comunidad con el análisis racional de los crecientes problemas humanos (éticos, económicos, sociales, etc.) planteados por la medicina moderna.

La introducción de las humanidades médicas representa así también, un nuevo estatuto pedagógico de la medicina que replantea la vieja distinción académica entre formación técnica (la que prepara para hacer bien algo), y la formación humanista (la que prepara para ser alguien de bien).

El prejuicio positivista está en creer que la realidad es solo como la ciencia la enuncia, este reduccionismo y empobrecimiento de la noción de realidad es la carencia ontológica de la tecnociencia.

Un médico humanista debería tener las siguientes cualidades: a) capacidad crítica, b) flexibilidad de perspectiva, c) antidogmatismo, d) captación de valores humanos y e) empatía y autognosis.

Es decir que un "alto perfil de comportamiento humanístico" lo constituyen: la integridad, la compasión y el respeto, como una suerte de tríada del médico humanista.

La crisis de la razón médica:

La medicina se encuentra hoy en una crisis de identidad respecto de su objeto, método y fin, que se expresa en un conflicto de paradigmas o modelos de racionalidad médica.

Si por un lado, el modelo positivista muestra su hibris en la alta tecnología (imagenología, transplantes, inmunogenética, etc.), por el otro revela su Némesis en la falibilidad médica y los límites de la tecnociencia. Y aunque continúa siendo el modelo dominante, empiezan a valorarse las posibilidades del modelo humanista con la introducción del sujeto en medicina (sujeto patológico, clínico y terapéutico).

El **modelo positivista** que orientó la medicina académica en su trípode de asistencia, docencia e investigación; ofrece las siguientes características:

- a) Reduccionismo biológico, con el llamado modelo biomédico, conceptos solo referidos al cuerpo humano como objeto de estudio del conocimiento médico.
- b) Conocimiento científico-natural, que es el paradigma clínico tradicional, descriptivo-explicativo de las entidades nosológicas a las que se refiere el diagnóstico del enfermo como caso individual (realismo nosológico).
- c) Naturalismo normativo, desde el punto de vista de la axiología y la ética, esto es de la teoría de los valores y de la conducta moral, aplicadas al fin de la medicina. Es el esquema terapéutico clásico, que se justifica por el principio de beneficencia y no maleficencia, cuya preservación y restauración constituye el sentido y deber ser del acto médico.

El **modelo humanista**, inversa y respectivamente, aboga por los siguientes principios:

- a) Holismo, con un enfoque biopsicosocial, una concepción multidimensional y multicausal de salud y enfermedad, en términos de bienestar-malestar según la definición de la OMS.
- b) Hermenéutica o conocimiento interpretativo, que se basa en la historia clínica centrada en el enfermo antes que en la enfermedad.
- c) Normativismo o moral de la libertad, es decir la autonomía de las normas respecto a la naturaleza de las cosas, la conducta terapéutica como posibilidad de mejoramiento de la condición humana.

En síntesis, por un lado un modelo biológico-explicativo-naturalista y por otro uno biopsicosocial-hermenéutico-normativo.

Bioética y el fin de la medicina:

¿Estamos ante la muerte de la medicina tradicional, una más de las defunciones simbólicas proclamadas desde el discurso postmoderno sobre la historia o las ideologías?

2014 Marzo, 2(2): 11-11

Lo cierto es que nuevos desafíos (políticos, económicos, sociales, éticos), acosan a la medicina, y que ésta tiene que acomodarse a esos cambios.

La era optimista preconizada por la modernidad, de la “pax” antibiótica y la “alta tecnología” incuestionada, ha cedido lugar a la era postmoderna de los límites y el relativismo médicos.

El fundamento de la bioética médica reside en una crisis de identidad de la medicina en cuanto a su objeto, método y fin; hoy hay una necesidad de redefinir los problemas médicos y a la medicina misma. La bioética ha venido para replantear los fines de la medicina y la atención de la salud.

A diferencia del modelo positivista (el ideal objetivista y científicista de la investigación tradicional), el modelo humanista, apoyado en la filosofía post-kuhniiana de la ciencia; introduce el sujeto en medicina y con él un relativismo, que es la incertidumbre epistemológica de la medicina, como raíz de sus dilemas morales.

Este relativismo o incertidumbre pasa tanto por el objeto (conceptos de salud y enfermedad), como por el método (hermenéutica clínica) y el fin (axiograma terapéutico) de la medicina.

La mentalidad científicista ha terminado como paradigma en la medicina postmoderna, que va en busca de una nueva forma con tres rasgos prominentes: el holístico, el hermenéutico y el evaluativo.

De este modo se completa la introducción del sujeto en medicina, es decir el sujeto ontológico (patológico), epistemológico (clínico) y ético-axiológico (terapéutico).

Vieja y nueva moral médica:

Bioética es el nombre del terremoto moral acontecido en la medicina a fines del siglo XX. La profesión médica cuenta con una larga y venerable tradición de discurso ético, que se remonta a Hipócrates con su Juramento y continúa en la era moderna en la deontología con sus códigos. En 2500 años esa tradición en materia moral no ha sufrido mayores cambios, hasta que en las últimas décadas se produjo una verdadera revolución en la ética médica. El panorama actual es el que ofrece todo cataclismo: algo ha desaparecido, algo ha quedado en pie, y por tanto es preciso reconstruir.

Si distinguimos en la realidad moral (moralidad) tres dimensiones, (la ética o sistema, el ethos o carácter y la eticidad o institución), surgen las respectivas dicotomías de la vieja moral naturalista, paternalista y profesional; y la nueva moral normativista, autonomista y social.

La deontología o ética médica tradicional es dogmática (se prescribe o codifica) y de autoridad profesional, en tanto que la bioética es una moral civil crítica y democrática, con pluralismo normativo y búsqueda de consenso.

La contraposición entre vieja y nueva moral médica, no implica sin embargo un enfrentamiento, por el contrario puede y debe ser posible una integración entre ambas morales que le haría mucho bien a toda la medicina.

La práctica médica clama hoy por un retorno a las virtudes: honestidad, compasión y respeto, y al carácter profesional en el sentido etimológico de “professio”, es decir de conducta altruista. En resumen un retorno al humanismo médico.

En el orden de la realidad social contemporánea, el cuestionamiento a la autoridad médica sobre las tomas de decisión, esto es las dudas sobre la existencia de una evaluación experta en medicina, junto con la crisis filosófica de legitimación del fundamento y autoridad del discurso moral, han introducido la ética como práctica pública, los grupos de agentes como microsociedad representativa que constituyen el orden normativo en la búsqueda del consenso, noción indiferente para la ética clásica.

De esta manera, el proceso de decisión moral en medicina, resulta crecientemente institucionalizado y sujeto a regulaciones formales. Este es el panorama que ofrece el desarrollo normativo de la medicina contemporánea, desde el consentimiento informado, las órdenes de no resucitar a las leyes, reglamentaciones sobre transplante de órganos o sobre tecnologías reproductivas.

Puede resumirse en tres cuestiones principales el aporte de la bioética a la medicina actual: **a) la introducción del sujeto moral** (consideración del paciente como agente racional y libre, respeto a sus derechos de saber y decidir), **b) la evaluación de la vida humana** (criterio ético de la calidad de vida frente al tradicional de la santidad y la cantidad) y **c) la justificación del derecho a la salud** (la salud como bien social primario). Estas tres

2014 Marzo, 2(2): 11-11

cuestiones tienen por fundamento, respectivamente, los principios de **autonomía, beneficencia y justicia**.

El “complejo bioético” de los principios es la respuesta disciplinaria a las transformaciones tecnocientíficas, políticas y sociales de la medicina actual.

Las mutaciones de nuestra época, tan cargadas de acechanzas como también de esperanzas, exigen un renacimiento de la ética, e incluso su refundación radical.

Lo descrito precedentemente justifica la inclusión de la bioética, como la aparición de un nuevo paradigma y un nuevo dominio cognoscitivo en el tradicional discurso biomédico, y a los cambios tecnocientíficos y morales que plantea la medicina actual; y a una nueva manera de enfocar la crisis en la que se debate el actual discurso médico.

Frente a la crisis del viejo paradigma médico, representado por el modelo médico tradicional (paternalista y autoritario); aparece la bioética como un nuevo paradigma que conjuga biología y moral, ciencia y conciencia; es decir una nueva ética que asegura la autonomía del paciente frente al poder médico y un puente entre la ciencia y el deseo humano.

PSICOPATOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA:

La psicopatología asume la misión de elaborar la observación psiquiátrica en teoría del conocimiento del hecho psiquiátrico.

En definitiva, la psicopatología es la fundamentación científica de la psiquiatría, para lo cual precisa delimitar conceptos generales con validez universal en el campo de la patología psíquica.

Su centro de interés es el hecho psiquiátrico entendido en un sentido amplio, donde no solo el síntoma es objeto de estudio, sino que sus horizontes son más ambiciosos. Su cuerpo de doctrina integra, por lo tanto, los conocimientos procedentes de la relación dialéctica sujeto-objeto: personalidad, conducta patológica, estructura familiar, perimundo social, etc.

Desde esta amplia perspectiva, donde se reúne todo el saber que se extiende desde lo más orgánico-biológico a lo estrictamente psíquico y social, la psicopatología intenta extraer conclusiones válidas para estructurarse como ciencia.

La psiquiatría (término acuñado por Weickard en 1782) se ha definido como:

-“Rama de la medicina humanística por excelencia, que se ocupa del estudio, prevención y tratamiento de los modos psíquicos de enfermar”. (Alonso Fernández)

-“Rama de la medicina que tiene por objeto la patología de la vida de relación, al nivel de la integración que asegura la autonomía y la adaptación del hombre a las condiciones de su existencia”. (Henri Ey)

-“Ámbito del saber, institucionalmente médico en el actual momento histórico, que se ocupa de las consideradas alteraciones psíquicas (mentales o de la conducta), cualquiera que sea su génesis, en lo que concierne a la dilucidación de su naturaleza, a la interpretación de las mismas y a su posible terapéutica”. (Castilla del Pino)

La psiquiatría ha estado, hasta la actualidad incluida en la medicina, ya que su objeto es el hombre enfermo psíquico, pero ocupando un lugar peculiar de ella, puesto que es, a la vez: a) **una ciencia natural** y b) **una ciencia cultural**, en función de la génesis heterogénea del hecho psíquico morboso, cuyas relaciones de causalidad hay que buscarlas entre una amplia gama de factores bio-psico-sociales.

Se puede decir entonces, que la psiquiatría cabalga sobre las ciencias de la naturaleza, por un lado, y sobre las ciencias del espíritu (hoy más bien llamadas histórico-culturales), por el otro. Vale decir que la psiquiatría es al mismo tiempo una **ciencia nomotética** (estudio de lo universal), y una **ciencia idiográfica** (estudio de lo individual). O sea, que tanto puede medir, clasificar magnitudes y establecer leyes de naturaleza universal; como estudiar en profundidad un caso individual, intransferible e irrepetible.

De cualquier modo, a la observación se ofrecen tres tipos de trastornos. En primer término están los **heredobiológicos**, es decir los que están anclados en la herencia y los que

2014 Marzo, 2(2): 11-11

derivan directamente de lesiones o disfunciones cerebrales orgánicas. Constituyen francas enfermedades neuropsiquiátricas, en las que están afectados los instrumentos, es decir los fundamentos corporales de la personalidad. En segundo lugar figuran los **trastornos peristáticos**, es decir los que proceden del medio ambiente o circunstancias en las que mora el hombre; vale decir las condiciones psicológicas, familiares y socioculturales en que se desarrolla cada sujeto y forman parte del ecosistema humano. Y, por fin, los **personales o individuales**, esencialmente intrapsíquicos, que tienen que ver con los proyectos de vida y las decisiones, con el sentimiento de responsabilidad, con la libertad, y que se manifiestan por desajustes varios (sexuales, laborales, sociales, etc.).

Naturalmente, esta clasificación, no es exhaustiva ni excluyente. Pueden haber otros ordenamientos. Además, los trastornos heredobiológicos, psicosociales y personales pueden manifestarse mezclados en múltiples y diversas combinaciones.

Los esquemas y modelos teóricos que se utilizan son siempre provisionales, y solo son aproximaciones a la realidad, que, con mucha frecuencia se confunden con la realidad misma.

Pero, no hay que hacerse muchas ilusiones, el ser del hombre (sano o enfermo), su misteriosa realidad íntima y última, es y quizás seguirá siendo una incógnita para la ciencia. Y la psiquiatría no dejará de ser una ciencia heteróclita (pues en tanto práctica técnica, se vale de muy diversos procedimientos), y heterológica (pues el tratamiento lógico de la vertiente heredobiológica no puede ser el mismo que el que se aplica en la vertiente psicosocial); son dos niveles distintos que conciernen a la naturaleza epistemológica de la psiquiatría dice Castilla del Pino.

Por lo dicho, no es de extrañar que la psiquiatría desborde los clásicos límites de la medicina, y establezca múltiples contactos con otras disciplinas, como la psicología, la sociología, la antropología, el psicoanálisis, la lingüística, e incluso, con la filosofía, el arte, la religión y la política.

También es importante que el psiquiatra piense en la trascendencia ética y política de su ejercicio profesional. ¿Es posible que el "ethos" del psiquiatra no influya sobre la conducta de su paciente? ¿Hasta dónde se puede defender una ley de estado peligroso sin poner en peligro la libertad individual por exceso en su aplicación? ¿Se puede negar que nosotros, los psiquiatras, somos en cierto modo, agentes de control social, instrumentos políticos de una clase gobernante? ¿Y que decir de los derechos y obligaciones del hombre enfermo psíquico?

LO NORMAL Y LO PATOLÓGICO EN PSIQUIATRÍA:

La palabra **normal** (del latín norma, escuadra formada por dos piezas perpendiculares) indica lo conforme a regla, es decir lo regular, "aquello que no se inclina ni a derecha ni a izquierda, lo que se mantiene por tanto, en su justo término medio". Con este criterio estadístico, propio de las ciencias naturales, normal equivale a promedio, es decir al módulo de un carácter mensurable. Es normal lo que se manifiesta con cierta frecuencia en la población total, según su edad, sexo, raza, procedencia, etc.

En contraposición, **lo anormal** comporta entonces una desviación cuantitativa, en más o menos, de la forma, graficable según la curva de frecuencias de Gauss, de tal modo que las desviaciones o anormalidades resultan tanto más significativas cuanto más alejadas aparecen del centro de la campana.

La antropología cultural nos enseña que existe un "relativismo cultural", es decir que cada civilización, cada grupo, dispone de su propio sistema de normas. Ninguna conducta humana es normal o anormal en absoluto; la misma conducta puede ser normal en una cultura y anormal en otra. De modo que, por esta vía, no cabría imaginar una universalidad de las categorías psiquiátricas.

El **criterio estadístico** es positivista, y sugiere un contínuum y una homogeneidad entre sus extremos. Aplicado a la patología, esto quiere decir que no existe una oposición sustancial entre salud y enfermedad. Solo existen diferencias de grado entre esas dos maneras de ser: la exageración, la desproporción, las desarmonías de los fenómenos normales constituyen el estado de enfermedad.

En cambio, el **criterio teleológico** es subjetivo, y se centra en las finalidades y significaciones de la conducta humana que no pueden ser medidas ni verificadas "objetivamente", y por lo tanto, no admiten matices sino diferencias cualitativas sustanciales.

2014 Marzo, 2(2): 11-11

Hay una **tercera dimensión**, que arranca de la interioridad existencial del hombre, de su sufrimiento, vivenciado éste como una realidad dolorosa que no existía antes. Por lo tanto, la enfermedad irrumpe como algo extraño, positivo, agregado a lo habitual, que abarca su totalidad existencial. Ya lo dijo Kant: "El bienestar no se siente, porque es mera conciencia de vivir". No menos ilustrativas son las palabras de Leriche: "La salud es la vida en el silencio de los órganos. La salud es la inocencia orgánica. Como toda inocencia tiene que ser perdida, para que sea posible su conocimiento". Estar enfermo significa, pues, un acontecimiento personal que trasciende, con mucho, a la simple lesión o disfunción de los órganos. Lo patológico, lo anormal, penetra entonces toda la vida individual consciente, imprimiéndole a la propia existencia un contenido angustiante y original. No se puede comprender sino como un anticipo o amenaza de la muerte. El "pathos" en tanto padecimiento, sirve de apoyo para una buena definición de anormalidad. El único inconveniente que aparece aquí, es que no siempre coincide dolencia con enfermedad orgánica. Puede ocurrir una patología física sin dolencia (muchas lesiones al comienzo pueden pasar inadvertidas), y una dolencia sin evidencias de lesión orgánica, como es el caso de las neurosis. Por supuesto, que una y otra constituyen situaciones vivenciales anormales.

En fin, lo normal y lo patológico en psiquiatría siguen siendo conceptos equívocos. El criterio estadístico resulta insuficiente para captar significativamente los rumbos de la vida humana, y el criterio teleológico es difícil de perfilar. En la práctica tenemos que apelar, en forma complementaria, a los dos. Tenemos que reconocer que todavía no disponemos de una certera definición científica de normalidad y anormalidad. Quizás parte de la solución pueda enfocarse por el horizonte de una "psicopatología comprensiva", no tanto explicativa, centrada en lo histórico-biográfico, es decir en el desarrollo personal (patobiografía del sujeto), para una mayor comprensión de la multidimensionalidad y multicomplejidad que es el hombre.

Se puede abordar el fenómeno de la enfermedad mental, desde un triple punto de vista: **a) natural, b) personal y c) cultural.**

Visto desde lo **natural**, lo típico y genérico de los trastornos mentales es la regresión. En efecto, en todos ellos se observa una persistencia de pautas infantiles o una desorganización del ser psíquico, de la conciencia en particular, que lo retrotrae al hombre a etapas pretéritas, afines de algún modo a la conducta de los niños y de las sociedades etnográficas. Las estructuras nerviosas superiores, o no llegan a funcionar o dejan de hacerlo por causa de lesiones o inhibiciones. Por este motivo, las estructuras inferiores y más antiguas desde el punto de vista onto-filogenético, entran a comandar los nuevos comportamientos.

Paralela a este desarrollo natural, y a su correspondiente involución o desorganización, corre **la historia personal del hombre**. Éste se aliena, deja de pertenecerse a sí mismo, cuando pierde su unidad existencial. La experiencia no encaja entonces en el pasado, ni sirve de plataforma para lanzarse a "pilotear su proyecto de vida". Por lo tanto, el hombre naufraga en un presente desesperanzado, fuera de tiempo y, con el afán de mantenerse a flote a cualquier precio, tiene que enajenar partes de sí. Este proceso de reducción y empobrecimiento, afecta sobre todo a la conciencia y a la razón, las cuales al extraviar su control son invadidas por las formaciones del inconsciente. El hombre ya no es dueño de su destino, disociado, ya no se capta en la totalidad de su ser. Vegeta en un mundo de extrañas significaciones, en el que se siente a merced del otro, o de lo otro.

Pero la enfermedad mental no es solo una cuestión natural y personal, sino que también se visualiza en el **plano de la cultura**. Solo ésta, a través de las costumbres, de preceptos religiosos, concepciones filosóficas y otras ideologías, determina quien está "desviado de la norma". Desde este punto de vista se lo percibe al enfermo como un inadapto al orden social, semejante al delincuente, a la prostituta o al suicida. El enfermo no comparte las reglas del juego y se aísla. La sociedad, o el grupo familiar, al propio tiempo necesitan del enfermo, por lo que éste representa de anormal o distinto, para diferenciarse y reafirmar sus propias normas, valores e ideologías. Y muchas veces para "deslindar responsabilidades" en la génesis de la enfermedad mental, que la propia familia o la sociedad construyen. Para preservar la unidad del sistema social, es necesario que el sistema enajene, margine, aleje a la periferia, precisamente, a aquellos que suscitan más conflicto. Hay que reconocer que el organismo social, para funcionar armoniosamente, está obligado a rechazar todo lo que no puede asimilar dentro de sus tejidos vivos.

Estos tres planos descriptos, corresponden, en fin, a los tres grupos de factores que generan el trastorno mental: **los naturales, los personales y los socioculturales.**

2014 Marzo, 2(2): 11-11

Como comentario final, se podría decir que el concepto de normalidad podría reducirse a todo aquello que contribuyese al desarrollo cabal del hombre, y, “contrario sensu”, por anormalidad tendríamos que entender, exclusivamente, los impedimentos, errores y falacias que dificultan el acceso a una existencia más libre, consciente y responsable.

MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOPATOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA:

Hay dos perspectivas centrales para el estudio de la conducta humana. La **perspectiva nomotética**, abocada a la investigación y descripción de leyes de validez universal; y la **perspectiva idiográfica**, fundamentalmente individual y buscadora de diferencias entre sujetos.

La observación de la conducta humana nunca puede ser “objetiva”, pues siempre el observador forma parte del campo de lo observado. Es, se quiera o no, un observador participante. De ahí que tiene que violentar la realidad en el acto mismo en que trata de aprehenderla. No solo eso: toda observación, toda descripción es necesariamente selectiva, discriminante. Conocemos solo fragmentos de la realidad. Admitamos que resulta difícil emplear categorías como instrumentos para hacernos cargo de la realidad, sin caer en la falsa tentación de tratarlas erróneamente como si fueran realidades absolutas en sí mismas. La conducta humana, como la historia, es impredecible. Y no podría ser de otro modo porque el ser humano está obligado forzosamente, permanentemente a optar, a elegir, a dar un significado, una finalidad a sus actos. De ahí que los métodos científico-naturales no puedan dar razón, por sí mismos, de la conducta humana, sana o enferma.

Eso de que “el hombre es un animal racional” como decía Aristóteles, tiene sus reservas. Si alguien pudiera observarnos desde el espacio sideral, ajeno por completo a nuestra naturaleza, se vería en apuros para defender nuestra pretendida racionalidad. El hombre, para citar solo un ejemplo, está destruyendo su ecosistema, sin caer en la cuenta que esto implica su propia destrucción como especie.

Freud, visualizando nuestra historia ontogénica, sostiene que el hombre es un sujeto pulsional, más que un sujeto racional. Es decir, el hombre es más un ser actuante y sintiente, que un ser pensante o razonante.

Métodos explicativos y comprensivos:

Dado el carácter **heteróclito** y **heterológico** de la psiquiatría, la investigación sigue en ésta, dos modelos básicos, el biológico y el psicosocial, que corresponden respectivamente a las dos vertientes de la psiquiatría: la heredobiológica y la psicosocial. En el modelo biológico privan los **métodos explicativos**, y en el modelo psicosocial los **métodos comprensivos**.

Los métodos explicativos buscan las causas de los fenómenos psíquicos y adoptan la forma discursiva razonante de los métodos científico-naturales en sus dos formas clásicas: el empírico-inductivo y el hipotético-deductivo. Se aplican, particularmente, a las investigaciones neurofisiológicas y clínicas; en principio a todo lo mensurable. Los métodos explicativos o científico-naturales, implican un conocimiento racional, sistemático, exacto y verificable. Pero, en cambio, no pueden agregar nada de valor al significado de la experiencia, a lo que esta tiene de significativa para el sujeto, es decir a su absoluta singularidad.

Muchos fenómenos psicopatológicos no admiten ninguna explicación. Captar las motivaciones de la conducta humana, es decir las relaciones de sentido, no pueden ser explicadas sino comprendidas (Dilthey, Jaspers). Los métodos comprensivos son propios de las ciencias de la cultura. La comprensión de los fenómenos psíquicos capta el “sentido” de las vivencias.

La realidad clínica-psiquiátrica demuestra en la práctica diaria la necesidad que tiene la psicopatología de apoyarse en diversas ciencias y teorías del conocimiento para seguir adelante en su desarrollo. Es necesario por lo tanto, un enfoque científico natural por un lado, y un enfoque científico cultural por el otro; ya que el hombre es un ser de naturaleza y de cultura (natura y nultura). Al estatuto biológico del sujeto se lo debe enriquecer y ampliar con el estudio vivencial y de sus modos de existencia. Así, la psiquiatría cabalga entre las ciencias de la naturaleza y las ciencias del espíritu, es nomotética (admite un saber sobre lo

2014 Marzo, 2(2): 11-11

general) e idiográfica (contempla un saber sobre lo individual) al mismo tiempo, y ambos métodos se complementan en el proceso científico.

Toda observación, hasta las más pura e inocente, contiene ya un esbozo de interpretación. Recordemos que el sujeto humano está incluido en sus observaciones científicas.

A diferencia de las ciencias formales (como la lógica y la matemática), las ciencias fácticas (como la psiquiatría), no pueden eludir lo subjetivo de las ciencias hermenéuticas, es decir de los métodos de interpretación. Por lo mismo, las hermenéuticas no pueden ofrecer explicaciones unívocas, al modo de las explicaciones y de las hipótesis que se alcanzan por el método científico natural. Pero, como ya se dijo, ambas son distintas formas de hacer ciencia, que pueden complementarse.

Conclusión

En las últimas décadas hemos asistido a la transformación humanista de la medicina académica. Del humanismo médico tradicional se ha pasado a la disciplina militante de las humanidades médicas, la filosofía de la medicina y la bioética.

Todo parece indicar que un cambio de paradigma está en marcha, que el modelo biomédico o positivista de la medicina moderna, gira hacia un modelo bioético o humanista de una nueva medicina de la postmodernidad.

El rasgo más sobresaliente de esta transformación conceptual es la crisis de legitimidad de la medicina entendida como ciencia natural o social aplicada, vale decir el cuestionamiento de la autoridad médica basada exclusivamente en la racionalidad científico-tecnológica. Frente al dogmatismo de la ciencia y al fideísmo de la técnica, la era postmoderna postula el relativismo humanista, la subjetividad de la medicina configurada por la cultura como su objeto, la interpretación como su método y la moral como su fin.

En síntesis, la medicina se ha transformado en una praxis esencialmente evaluativa en la que los valores humanos y personales, los axiogramas del modelo humanista se funden y confunden con los hechos y las teorías y con los ideogramas del modelo positivista.

La génesis de esta transformación parte de los límites del mismo progreso científico-tecnológico de la medicina, confrontada a nuevas dimensiones normativas, políticas, económicas, sociales, éticas; y a las situaciones ineludibles de la existencia humana como el dolor, el sufrimiento, la enfermedad y la muerte.

El ejercicio de la medicina humanista dependerá del esfuerzo para levantar las barreras que todavía impiden implementarla, entre las cuales cabe recordar:

a) la insensibilidad o actitud cínica que sólo ve a la enfermedad en el tejido burocrático, b) el escepticismo respecto de los factores psicosociales en la nosogénesis (reduccionismo biológico), c) la falsa atribución de resultados terapéuticos por desconocimiento del efecto placebo en la relación médico-paciente, d) las dificultades para aprender nuevas técnicas y abandonar viejos hábitos, e) los vicios del contexto social de la práctica médica, como la perversión retributiva, la desproporción económica entre las prestaciones técnicas y los servicios de cuidado.

Pero también hará falta valentía intelectual para sostener una medicina centrada en la persona como sujeto de sufrimiento y no sólo como objeto de estudio.

En lo que hace a la psiquiatría en particular, y teniendo en cuenta la doble vertiente epistemológica de ésta, ya que es tanto una ciencia natural como cultural; la integración de ambos paradigmas (científico y humanista), significará tener en cuenta su estatuto biológico (cerebro, neuronas, neurotransmisores), pero también su estatuto psicosocial (el sujeto y su cultura), teniendo en cuenta que el objeto de estudio de la psiquiatría no es el cerebro aislado ni el "socius", sino el hombre enfermo psíquico desde una perspectiva global, holística e histórica como lo planteaba Henri Ey.

El psiquiatra deberá estar particularmente entrenado en su capacidad de "explicar" y "comprender" la importancia simultánea de factores biológicos, psicológicos y sociales; tanto en la génesis y manifestaciones de los distintos trastornos psicopatológicos, como en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que los padecen. Al mismo tiempo, deberá poseer una visión evolutiva o longitudinal del desarrollo de los distintos trastornos psíquicos, no conformándose con una mera concepción transversal o estática de los mismos.

El psiquiatra deberá ejercer una combinación de rigor científico en sus observaciones clínicas, con una visión que lo transforme en un verdadero médico humanista, y no

2014 Marzo, 2(2): 11-11

meramente en un tecnócrata del cerebro o del psiquismo, con una visión mecanicista (y por ende reduccionista) del proceso salud-enfermedad.

Los psiquiatras deberán estar formados en su entendimiento del cerebro y su compleja red de centros neuronales, neurotransmisores y drogas que actúan en ellos. Pero además, deberán trabajar en la absoluta singularidad de cada paciente, considerando los estilos cognitivos y emocionales, los patrones de adaptación y de defensa, las fantasías y los conflictos conscientes e inconscientes. El psiquiatra deberá, asimismo, ser consciente de la contribución de los factores sociales y culturales en la génesis de los trastornos psíquicos.

El presente trabajo tiene como objeto la integración de los dos paradigmas (científico y humanista), como síntesis epistemológica, clínica y terapéutica; entendiéndose que tal integración es posible y beneficiará a la medicina en general y a la psiquiatría en particular.

Pero más allá de todo lo dicho, la reforma humanista de la medicina y de la psiquiatría exige reformular sus valores intrínsecos y reintroducir al sujeto concreto, el de “carne y hueso” como ser de razón y de libertad.

Ese sujeto, que según Jaspers, debe asumir su libertad que lo comprometa en su existencia, y tomar decisiones libres que guardan relación con su desarrollo personal buscando su propio camino en su absoluta singularidad

Fecha de Recibido: 04-03-14

Fecha de Publicación: 15-03-14