

El saber clínico como saber antropológico: reflexiones en torno al *pacto de cuidado*

María Lucrecia Rovaletti

Doctora, Profesora Emérita, Universidad de Buenos Aires

Ex-Investigador Principal del CONICET

E-mail: mlrovaletti@gmail.com

Resumen

Un malestar atraviesa a la Psiquiatría actual que buscando vincularse y hasta identificarse con la Neurología, no puede sin embargo dejar de lado la subjetividad de los pacientes. Mas aún, la Clínica psiquiátrica como un *saber-hacer*, ha de situarse también entre una *dimensión política y una dimensión ética*. Es decir, ha de apoyarse en la justicia y la política en la medida que recibe demandas sociales, articulando la atención a personas vulnerables con *instituciones justas* (Ricoeur), pero además ha de incluirlas en la sociedad a través de sus capacidades. En su dimensión ética, ha de buscar reformar las instituciones de atención para que sean protegidos los enfermos y respetados sus derechos. En este sentido, es preciso plantear el concepto de *alianza terapéutica* (Paul Ricoeur), alianza que sólo es posible si toma la forma de una *promesa* recíproca, tanto por parte del terapeuta como del paciente. Se trata de un *pacto de cuidado* incluso en situaciones donde las destrezas y habilidades son desproporcionadas. Sea lo que fuere, el saber clínico es de algún modo un saber antropológico, del hombre como sujeto de enfermedad, del *homo patiens*, pero también de quien quiere acompañarlo en su sufrir.

Palabras clave: Psiquiatría - Política - Ética - Alianza Terapéutica - Pacto de cuidado.

CLINICAL KNOWLEDGE AS ANTHROPOLOGICAL KNOWLEDGE: REFLECTIONS ON THE CARE PACT

Abstract

A discomfort pervades current Psychiatry: striving to be linked and identified with Neurology, it cannot however ignore the subjectivity of patients. Moreover, the practice of Psychiatry as a *Know-How*, should also be subject to a *political and ethical dimension*. It must rely on justice and politics to the extent that it receives social demands, articulating the attention to vulnerable people with *fair institutions* (Ricoeur), but also it has to include them in society through their abilities. In this ethical dimension, it should seek to reform assistance institutions so that patients are protected and their rights respected. In this sense, it is necessary to consider the concept of *therapeutic alliance* (Paul Ricoeur), alliance that is only possible if it takes the form of a mutual *promise*, from both the therapist and the patient. It is a *pact of care*, even in situations where the skills and abilities are disproportionate. Clinical knowledge is somehow an anthropological knowledge about man as subject of disease, as *homo patiens*, but also about he who wants to accompany him in his suffering.

Key words: Psychiatry - Politics - Ethics - Therapeutic alliance - Pact of care

El saber clínico como saber antropológico: reflexiones en torno al pacto de cuidado*

“La incertidumbre recubre todos los interrogantes que las prácticas clínicas inducen regular e inevitablemente. Sin embargo, no se toma en cuenta esta dimensión indisoluble del cuidado, de la salud mental y física. De hecho, la visión científica que prevalece, es la del terapeuta como un ‘sabio’ dotado con un arsenal de ‘buenas prácticas’ sobre bases ‘objetivas’. Por lo tanto negando la subjetividad de cada uno, los cuidadores y pacientes son llevados a un impasse de incomunicabilidad”. Se pretende aquí “mostrar cómo pueden introducirse las verdaderas relaciones centradas sobre la persona, cuando las dimensiones de lo irracional, de lo impredecible, de la incertidumbre tienen en cuenta que en el cuidado del ser humano, el ‘cuidado’ no puede ser definido ni ser practicado como una ciencia exacta”. (1)

La Psiquiatría actual: entre el malestar y la marginalidad

Los desarrollos científicos actuales hacen pensar que la medicina maneja los conocimientos, las técnicas y las terapéuticas con total certeza, pues toda incerteza sería signo de debilidad: la certeza nos reenvía a la objetividad de la ciencia, mientras la incerteza es la puerta abierta a la subjetividad. Sin embargo, el progreso también produce situaciones inéditas, complejas y singulares que dejan poco lugar a las certidumbres. Mas aún, como la medicina es también una *práctica* que cuida, que personaliza, que se dirige al bien *del otro y para el otro*, ella “es el fruto de intersubjetividades y de racionalidad científica” (2). Como señala William Osler (3), la medicina es una ciencia de la incerteza y un arte de la probabilidad.

Ahora bien, un malestar atraviesa a la actual Psiquiatría que, en su preocupación por presentarse como una auténtica rama de la Medicina, busca asociarse y hasta identificarse con la Neurología. Si bien la Psiquiatría pertenece al campo de la medicina, ella no constituye una especialidad como cualquier otra. En efecto, aunque los psiquiatras adhieren parcialmente a los parámetros biológicos y neurológicos, sin embargo se muestran reticentes a dejar de lado la *subjetividad* de los pacientes y a reducirlos a órganos y funciones. La asociación exclusiva con las neurociencias y las ciencias cognitivas no puede dar cuenta del psiquismo y otros dominios complejos como las relaciones afectivas e interpersonales y sociales (4). Más aún, tienen en cuenta otras disciplinas complementarias a la clínica en sentido estricto, como la Psicología, la Antropología, la Sociología, el Derecho, la Lingüística, la Ética... y hasta las Artes (4, 5, 6).

Todavía más, los psiquiatras no encuentran sino una ayuda limitada en la praxis cotidiana frente a ciertos

comportamientos autodestructivos de los pacientes, y ante la inestabilidad de los cuidados terapéuticos. La violencia y el rechazo de los tratamientos por parte de los enfermos, los vínculos entre éstos y el entorno familiar y social son otras tantas cuestiones que el *modelo biomédico* no puede responder y que sólo una aproximación a las ciencias sociales y/o humanas puede abrir un horizonte de comprensión.

En este sentido, la Psiquiatría se ubica en un dominio donde se recubren dos campos científicos. Por un lado, como rama de la Medicina y la Biología es parte integrante de las ciencias naturales, y por otro por su vocación de ocuparse del sujeto enfermo, sufriente, se ubica entre las ciencias humanas, donde el otro no es ni debe ser objeto de conocimiento sino más bien sujeto de un tratamiento. Como plantea Berquez (7),

“...la Psiquiatría es también un auténtico brazo de las ciencias del Hombre, no sólo porque apela a la psicología, a la sociología y a la etnología, así como a numerosas otras disciplinas, sino sobre todo porque es un arte intersubjetivo que introduce al otro como sujeto y no como objeto; ...[ella] se diferencia... de todas las otras especialidades médicas en este sentido que la dimensión del sujeto humano es allí fundamental, el síntoma no es solamente signo de la enfermedad, es también significación de un sentido, sentido desconocido del sujeto que vive como radicalmente extraño a él mismo como en la psicosis o como imposibilidad de comprender en la neurosis».

Aunque un paciente pudiera ser diagnosticado psicopatológicamente, su existencia no se reduce a esta referencia negativa con la norma abstracta, ni se manifiesta solamente por esta a-normalidad; su existencia también expresa positivamente un orden intrínseco que lo rige y lo modela aunque lo constriña a este peculiar y fallido modo de ser. La enfermedad mental es ante todo un *padecimiento personal*, que trasciende la funcionalidad ó no de los órganos, los conflictos y mecanismos de defensa... Penetra en toda la vida humana, imprimiendo un contenido angustioso y personal. Intermediaria entre la vida y la muerte, la enfermedad en su ambivalencia es la prolongación de la vida y la anticipación de la muerte.

Más aún, la semiología solo es posible en una situación *recíproca*: los “signos” no se inscriben como en una piedra que hay que descifrar, no aparecen en lo absoluto, sino en el *espacio intersubjetivo* paciente-terapeuta.

El “*therapeutés*” habla del servidor de la casa, del que cuida que ella se despeje del polvo que no permite ver con claridad, del que se preocupa que ésta sea habitable para que el dueño se sienta en casa y pueda entonces abrir su cuerpo a sí, a los otros, y al mundo. La “*terapia*” es el método, el camino (*odós*) a través del cual (*metá*) el paciente logra asumir su propia subjetividad al abrirse al conjunto de posibilidades de ser y volverse así su propio respondiente. La praxis como comunicación participante o “acción comunicativa” está orientada a

* Proyecto de Investigación UBACYT 2014-2017, Código 20020130100823BA y PICT 2011, Código 1921 (Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica), Argentina. No hay conflicto de intereses. Conferencia presentada en el VII Congreso Internacional de Psicopatología Fundamental y XIII Congreso Brasileiro de Psicopatología Fundamental: “A questão da qualidade no método clínico”. Organizado por la Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental (AUPPF), João Pessoa, Paraíba, Brasil: 8-11 de septiembre de 2016.

la *autonomía* del otro donde la determinación no proviene de algo exterior sino desde sí mismo aunque sea una autonomía relativa.

Toda terapia ha de estar al servicio del hombre enfermo, y no “la enfermedad” como categoría abstracta; ha de poner entre paréntesis toda deformación ideológica, ya sea de orden naturalístico ya sea de orden sociológico. Esto implica un respeto absoluto al enfermo, a sus decisiones, a su manera de ser en el mundo, a sus síntomas que son a menudo lo más precioso porque le permiten sobrevivir. (8, 9)

Por eso la acción terapéutica se sustenta en el vínculo, que buscará des-familiarizar y re-construir las narrativas hasta entonces emergentes, para descubrir una verdad que revele mi *ipseidad*. Una verdad¹ que me otorgue *seguridad y confianza*, que al *des-ocultar* haga *patente* mi ser, tal como lo plantea la tradición hebrea y griega.

La Clínica: entre el *saber-hacer* y la *dimensión ética*

El progreso de la Psiquiatría depende de un intercambio constante entre estas tentativas prácticas de acceso al enfermo y la reflexión sobre su propia esencia en tanto que ciencia.(10)

Este planteo de Binswanger de considerar a esta disciplina simultáneamente como *reflexión y praxis*, permite también comprender ésta su marginalidad.

En efecto, la Clínica psiquiátrica se constituye no sólo como un *saber*, sino también como un *saber-hacer*, y se sitúa entre una *dimensión política y una dimensión ética*.

- Como un *saber* se asocia al mundo médico pero distinto a éste por los múltiples *préstamos/respaldos* de las ciencias sociales. Por eso, para salirse de este impasse defensivo, los psiquiatras deben lograr que su disciplina se desarrolle apoyándose tanto en investigaciones de las *ciencias biomédicas* como de las *ciencias sociales y/o humanas*.

- Como un *saber hacer* se apoya no sólo en la medicina sino en la justicia y la política en la medida que recibe demandas sociales, desde la gestión con personas violentas hasta el tratamiento individual y la habilitación o re-habilitación de la ciudadanía. Por ello, es preciso que integre el concepto de *vulnerabilidad* a los principios de *justicia*. (11, 12, 13). Desde una “ética del cuidado”, Ricoeur plantea un lugar destacado al tema de la *vulnerabilidad*, conceptualizando y ampliando esta

ética del cuidado, y confrontándola con la *ética de justicia*. La noción de *justicia* en Rawls (14), basada en la teoría del contrato como característica de las democracias liberales, no atiende a las personas que no sean libres, ni iguales e independientes, que no pueden cooperar a lo largo de su existencia como miembros plenamente de la sociedad.

Es por ello, que la Psiquiatría ha de superar sus fronteras articulando no sólo la atención de las *personas vulnerables* con *instituciones justas* (15), sino también ha de incluirlas en la sociedad a través de sus *capacidades* (16).² Sólo así, es posible restituirles sus *derechos* y su *dignidad* (17).

Se trata en última instancia de asumir una *ética de la responsabilidad* por la *alteridad* (18) de estos pacientes cuya indignancia y sufrimiento constituyen una apelación a nuestra solidaridad, y de atender además a la *prudencia*, en un contexto incierto que evoluciona sin cesar, como sucede en las esquizofrenias (19).

En síntesis, se propone asumir una *ética* que supere las exigencias del «*primum non nocere*» y que procure reformar las instituciones de atención para que sean protegidos los enfermos y respetados sus derechos (20).

Muy a menudo, el “cuidado” corre el riesgo de convertirse en violencia, ya sea porque proviene de la misma enfermedad y del drama que allí surge, ya porque los pacientes por diversas razones no logran expresarse ni compartir sus emociones, pero también porque la fragmentación y especialización de la medicina lleva a la objetivación de la persona, desconociendo que existen otras valoraciones sobre salud, enfermedad, curación que pueden entrar en conflicto.

Más aún, aquello que *significa* la enfermedad para un paciente escapa a la medicina en general, preocupada por el gesto curativo y a veces asociada a protocolos normativos, a menudo atada a una defensiva por mala praxis y atendida más a una cierta deontología que a una mirada ética. Se deja de lado que, para el enfermo el descubrimiento de su fragilidad incluso más allá de la curación y la certeza de una vida precaria, se resume en la experiencia de la *vulnerabilidad*. (21)

La práctica terapéutica -que no se confunde con el simple ejercicio de una técnica-, se desarrolla entre los polos de la *autonomía*³ y la *heteronomía* (22, 23). Estos dos procedimientos del psiquiatra corresponden a dos

¹ *Alétheia*, en sentido primario no significa “descubrimiento, patencia”. La raíz *la-dh*, -estar oculto- deriva de *léthos, lathos*, que significa “Olvido”. En este sentido, significó primitivamente “algo sin olvido”, o que no ha caído en el olvido completo. Por tanto, la única *patencia* a la que alude *aletheia* es simplemente la del recuerdo. De allí que más tarde viniera a significar: simple patencia, descubrimiento de algo, la verdad. Por otra parte, verdad etimológicamente en latín, celta y germánico, viene de la raíz *uero*, que se encuentra en el *se(d)verus*: estricto, serio. Esto hace suponer que uero significa *confiar*: la verdad es algo que merece confianza. El mismo proceso se da en las lenguas semíticas. Así en hebreo, *aman* es ser de fiar. En Hiphil, *confiar* dio *emunah*, fidelidad, firmeza; amén: verdaderamente así sea; *emeth*: fidelidad, verdad. En akadio, *ammatu*: fundamento firme; y tal vez *emtu*: verdad. Finalmente, el griego y el indio, parten de la raíz *es*: ser. La verdad es la propiedad de ser real. Cfr. X. Zubiri, *Naturaleza, Historia, Dios* (2004), e *Inteligencia Sentiente* (2006), Madrid, Alianza Editorial.

² Retomado conceptos de *Soi-même comme un autre* (1990) (16), Ricoeur define la *autonomía* en primera instancia en términos de poder o *capacidad* que se despliega en *poder de decir*, en *poder de obrar* sobre el curso de las cosas y de ejercer influencia sobre los otros protagonistas de la acción, en *poder de hacer una narración inteligible y aceptable de la propia vida*, y en *poder de considerarse a sí mismo como autor de los propios actos*. Esto le permite plantear también distintos niveles de vulnerabilidad desde una no potencia a una potencia menor o disminuida, en correspondencia con la autonomía. Así se pueden señalar el “no poder decir” como fuente de desigualdad básica dado que lo distintivo del ser humano es el lenguaje, las fragilidades en el ámbito del obrar que provienen del curso del mundo como enfermedades, envejecimiento, accidentes o que son infligidas por otros seres humanos dada la disimetría entre el agente y el receptor de la acción, y finalmente la incapacidad de conducir la vida de acuerdo con la idea de coherencia o identidad narrativa desde la perspectiva insustituible de la singularidad, es decir, como ser autónomo en sentido pleno.

³ Blankenburg (1987, 415), (23) afirma que la libertad no es un hecho aislable sino un fenómeno intersubjetivo. Por eso respecto al concepto de autonomía, como una metamorfosis del giro trascendental de Kant, el problema de la libertad en nuestro siglo ha devenido un problema intersubjetivo de atribución o adscripción.

formas de preocupación por el otro (*Fürsorge*), según la distinción heideggeriana de *Sein und Zeit*, § 26. (24)

Una “sustitutiva-dominante” (*einspringende Fürsorge*) donde se le evita al otro sus cuidados, preocupándose en servirlo hasta el punto de sustituirlo: uno se hace cargo del cuidado del otro que es quitado de su propio lugar, pasando a segundo término. Así, puede recibir la solución del problema como algo acabado y puesto a su disposición o puede quedar descargado de este peso plenamente. En semejante preocupación (*Fürsorge*)⁴, puede el otro convertirse en dependiente y dominado, aunque este dominio sea tácito y permanezca oculto para el dominado. Esta forma de asistencia o preocupación que sustituye al otro y lo priva de su propio “cuidado” (*Sorge*), es determinante en amplios sectores del ser-en-común y la mayoría de las veces se limita a alimentar la “ocupación” (*Besorgen*) del otro en *entes meramente disponibles* (*Zuhandenheit*).

Otra, “anticipativa-liberadora” (*vorausspringende Fürsorge*), que no busca tanto sustituir al otro sino adelantarle las posibilidades de su existencia, y esto no para desposeerlo de sus “cuidados”, sino para restituírseles auténticamente. Esta “preocupación” que concierne formalmente al verdadero *cuidado*, es decir a la existencia del otro y no a *alguna cosa* de la que él se ocupa, ayuda al otro a volverse lúcido y a quedar en *libertad para el cuidado*. Es como una provocación de su libertad.

Esta distinción no vale sólo para la psicoterapia, sino se aplica al conjunto de esfuerzos terapéuticos, pues el psiquiatra puede ser “sustitutivo-dominante” en la psicoterapia, y conducirse en quimioterapia como “anticipativo-liberador”.

Ahora bien, la Psiquiatría no puede optar exclusivamente por una u otra estrategia, y ha de moverse forzosamente entre las dos, según el momento y según las circunstancias (25, 26).

Por eso, no es pertinente dividir y oponer la práctica psiquiátrica en terapias biológicas y psicoterapias. Se trata más bien, de una praxis que va de una aproximación *heterónomica* a una *autonómica*, de una *psicopatología descriptiva* a una *psicopatología adscriptiva* (Blankenburg), que no es otra cosa que una psicopatología de la libertad. El poder comportar-se no se reduce a un comportamiento ajustado a una norma, sino el margen de libertad necesarios para poder comportarse de una forma u otra (27). Interesa el grado de posible autonomía o de extrema heteronomía. La libertad no es un hecho aislado sino un fenómeno interaccional respecto al otro o a los otros pero también al propio individuo. La libertad sólo es posible en un individuo que es capaz de comunicar e interactuar consigo mismo.

Para hablar en términos psicoanalíticos, la libertad se

entiende en confrontación con la *realidad exterior*, con la propia realidad interna del *Id* (pulsiones), y con el *Superyo* (deberes internalizados). Recíprocamente a los grados de libertad del comportamiento, se puede también hablar de *grados de determinación de la conducta*, no sólo desde el punto de vista psicológico y socio-cultural sino también desde la neurofisiología de los reflejos condicionados.

Pues bien, los grados de autonomía/heteronomía del paciente no constituyen datos “describibles” (*beschreibbar*), sino de datos “adscribibles” (*zuschreibbar*). Por eso si la libertad del hombre y su responsabilidad respecto a lo que hace y lo que vive no se reducen a una mera ilusión, entonces toda praxis que se apoye exclusivamente en la noción de mecanismos *heterónomos* es por principio falsa. Es preciso desarrollar en el tratamiento de la enfermedad mental, nuevas formas de terapia creativa que no se concentren primariamente en la eliminación de “factores de disturbio”, “mecanismos patógenos”, etc., sino en la exposición y movilización de potenciales aún no explorados de salud que pudieron haber sido sepultados por manifestaciones psicopatológicas. Esto supone atender en cada caso la relativa significación de las enfermedades mentales o discapacidad tiene en la historia de vida del individuo, sin reducirlas inmediatamente a los factores genéticos, ambientales o psico-dinámicos.⁵

Como señala Callieri (28):

“*‘Curar o ocuparse de’, es el dilema ético de todo psicoterapeuta que lo hace sentirse obligado a recuperar la dimensión de ‘alteridad’ del alienus, no como una técnica a aprender sino como expresión de responsabilidad intersubjetiva. El otro me pone en cuestión, crea en mí una inquietud para dar voz a aquello que es indecible, para dar respuesta a esa demanda tal vez apremiante y problemática*”.

La “alienación”, dice Ricoeur (29), es una palabra que sufre de una sobrecarga semántica que es necesario cambiar o por lo menos curar. Ella se presta a utilizaciones diversas, y se sitúa en un *carrefour* entre lo que constituye al sujeto y lo que lo destituye, entre lo que subjetiviza y aquello que lo sujeta y oprime.

Palabra clave en la literatura filosófica de hace cuarenta años, denuncia en la actualidad una realidad de urgente gravedad (30): la pérdida del ser, el empobrecimiento del hombre, hasta convertirse extranjero a sí mismo (*fremd, entfremdung*). Es la *alienación* como infelicidad en tanto nihiliza la conciencia de sí en otra en la cual pierde su sustancia. Se da la negatividad de una desposesión, de una pérdida de sí en una figura que le es extraña, irracional. Precisamente, Henry Ey (31) designa a esta “alienación” como la *patología de la libertad*.

⁴ La traducción francesa de A. de Waelhens utiliza “assistance” para “Fürsorge”, que de algún modo se acerca más a la labor terapéutica. Recuérdese que Heidegger considera al “cuidado” (*Sorge*) como un existenciario. Cuando se dirige a las cosas o “meros objetos” (*Vorhandenes*) y a los “útiles” o “entes a la mano” (*Zuhandenheit*), en cambio cuando se orienta al hombre es la “preocupación” (*Fürsorge*).

⁵ Es decir, una terapia que esté al servicio del hombre enfermo, y no “la enfermedad” como categoría abstracta, y que ponga entre paréntesis toda de-formación ideológica, sea de orden naturalístico sea de orden sociológico.

Como bien insiste Heidegger (32), el *Dasein* -en tanto libertad- constituye lo ineludible de la Psiquiatría; es aquello que no se puede sobrepasar ni evitar (*herumkommt*) porque queda siempre presupuesto, es lo que no se puede rodear (*umgehen*), es decir volver objetivable, manipulable y aislable. Es lo Incondicional, a pesar de los condicionamientos psico-sociales y psicosomáticos; es aquello que permanece, es lo Inevitable aunque se presente oculto y reprimido. En última instancia, es “libertad para su más propio poder ser” (*Freiheit zum eigenen Seinkönnen*).

Las personalidades a-normales -por más alejadas a la norma que se presenten-, no serán tema de psicopatología mientras esa desviación no exprese una limitación en los *grados de libertad del poder vivenciar y poder comportar-se*. El poder comportar-se no se reduce a un comportamiento ajustado a una norma, sino el margen de libertad necesarios para poder comportarse de una forma u otra (27). Interesa el grado de posible autonomía o de extrema heteronomía. La libertad no se reduce a la mera conciencia de autonomía (como en la existencia maniaca), sino es reponsabilidad realizada, capacidad de “introvisión” (33), de control y de dirección del *self*.

Por eso, cabe preguntarse cómo la psiquiatría del siglo XXI deberá pensar el *discurso del ser enfermo*. En efecto, la constitución de una verdadera *noso-logía* ha de pasar por una reflexión a la vez ética y epistemológica de la *experiencia clínica*, es decir un estudio y profundización de la *teoría* de su práctica misma. Entre el saber y el hacer, entre el lenguaje y la acción, entre la teoría y la práctica, se encuentra el *saber hacer*” (34) ¿Cómo lograr una aproximación que conduzca a una auténtica experiencia clínica? (35) ¿Cómo acercarse y dar crédito al hombre de las profundidades? (36)

Como en psiquiatría *teoría y práctica* son indisolubles, reflexionar sobre este “saber hacer” no implica pensar una teoría como contrapuesta a la práctica, sino una *actitud crítica* a los principios y fundamentos del *discurso y de la praxis psiquiátrica*. Se trata de pensar una *meta-teoría* cuyo modelo de reflexión se aproxime tanto a una “ciencia de acciones” como a una ciencia de “objetos”; se trata de plantear aquí una *Crítica de la Razón Psiquiátrica* en tanto Razón Teórica-Práctica, una Meta-Psiquiatría, una Post-psiquiatría.

El pacto de cuidados: entre la confianza y la alianza

Los valores que fundan las prácticas terapéuticas y preventivas propuestas al paciente, y a la comunidad, no siempre son anodinas, ni neutras: revisten una carga simbólica que se profundiza en la relación asimétrica

profesional/paciente y por eso se requiere entre uno y otro, un ámbito de *confianza*.

Es lo que Paul Ricoeur (15) propone como “pacto de cuidado”. Pacto inicialmente marcado por la asimetría entre quien sabe y quien sufre, pero que paulatinamente conlleva a la constitución de un ámbito de confiabilidad, de firmeza, de seguridad, de solidez... aspectos estos que generan un vínculo donde es posible generar ciertas expectativas y arriesgar ciertos aspectos del futuro. “Pacto de confianza” que fluctúa entre perseverancias y declinaciones.

Para caracterizar esa relación de atención entre terapeuta y paciente desde una perspectiva ética, Ricoeur profundiza la noción de *alianza terapéutica*. Alianza ésta (37, 38), que sólo es posible si deviene una *promesa* recíproca, es decir un compromiso del terapeuta de acompañar al paciente, y por parte de éste de asumirse como agente de su propio tratamiento: se trata de un *pacto de cuidado* recíproco, incluso en situaciones donde las destrezas y habilidades son desproporcionadas (39).

¿Cómo garantizar entonces, el respeto de aquellos que se encuentran en situación de dependencia? Retomando conceptos de *Soi-même comme un autre* (16), P. Ricoeur (15) en “Autonomía y vulnerabilidad”, plantea una concepción del sujeto de la Ética, abriendo líneas desde la *vulnerabilidad* o fragilidad constitutivas del ser humano. Define la *autonomía* en primera instancia en términos de poder o *capacidad* que se despliega en poder de decir, en poder de obrar sobre el curso de las cosas y de ejercer influencia sobre los otros protagonistas de la acción, en poder de hacer una narración inteligible y aceptable de la propia vida, y en poder de considerarse a sí mismo como autor de los propios actos. Esto le permite plantear también distintos niveles de *vulnerabilidad* desde una no potencia a una potencia menor o disminuida, en correspondencia con la *autonomía*.

Se trata ahora de pensar cómo responder ante los rasgos particulares de la *vulnerabilidad del enfermo mental*, teniendo en cuenta el modo como puede ser afectada su subjetividad y su *autonomía*⁶ (40). ¿Cuál es su *competencia*⁷ (41) para *consentir* (42) de modo explícito y validado, sin coacciones internas ni externas ante ciertas prácticas terapéuticas, o ante la participación en protocolos de investigación? ¿Cómo mantener la *confidencialidad*, sobre todo en instituciones donde actúan equipos interdisciplinarios, y los registros de datos se realizan con tecnología informática? ¿Cómo resguardar la intimidad cuando la misma enfermedad mental es muchas veces considerada como un “estigma social”? (43, 44, 46)

La situación deviene más sensible, en la medida que

⁶ Si bien ya no se puede más requerir al paciente una aceptación incondicional, tampoco se puede plantear una concepción liberal del principio de *respeto a su autonomía*. Como señala la Declaración de Barcelona (1990), la autonomía no es un mero “permiso” concedido a los tratamientos terapéuticos o a las experimentaciones, sino que ha de tomar en consideración aspectos como la capacidad de crear ideas y perseguir fines, de elaborar intuiciones morales, de ser “legisladores de sí mismos” y de tener el sentido de la propia vida privada, de reflexionar y de actuar sin coerción, de asumir una responsabilidad personal hacia uno mismo y hacia los demás, de proporcionar un “consentimiento informado”.

⁷ James Drane considera que la *competencia* de una persona depende del tipo de decisión de alta, media y baja dificultad que deba tomar, y sobre todo de sus consecuencias. Mientras la autonomía es una dimensión de la persona, un camino gradual en el que se va avanzando con la madurez, la competencia es una categoría: se es competente “para algo” o no se es. Las decisiones más difíciles exigen mayor competencia, porque se opta por un riesgo mayor, ya sea porque es el único modo de alcanzar la salud, ya sea por la importancia que se le da a ciertos valores, ideología o convicciones religiosas o morales. En el modelo de Appelbaum, se presentan las diferentes fases del proceso de toma de decisión competente: poder comprender la información, explicarla de manera razonable, apreciarla, valorarla de manera personal y, finalmente, comunicar adecuadamente la decisión.

el paciente es alentado a expresar y develar sentimientos, emociones, pasiones, fantasías, proyectos de vida y conflictos íntimos, precisamente porque la escucha del psicoterapeuta no se dirige a un órgano ni a un sistema sino al otro como un sujeto personal, con un entorno familiar y social.

Ahora bien, ¿la noción de *autonomía* basta para comprender la situación de enfermedad, de vulnerabilidad, la necesidad de ser sostenido en su búsqueda de curación?

Se trata de responder por el cuidado de una persona enferma y su adherencia al tratamiento, por la responsabilidad de los cuidadores, es decir por la importancia de la *confianza mutua*.

Precisamente, para Levinas es este encuentro con la *vulnerabilidad del otro* el que nos afecta, con su alteridad y su humanidad, el que nos solicita y nos interpela. Mas allá o mas acá de un deber de no abandono, es la *responsabilidad para el otro* como ineludible que se nos impone por ella misma, y no puede ser derogada sin culpabilidad. “Soy responsable de él sin esperar lo recíproco” señala Levinas (45).

Responder a la llamada del otro que sufre y existir para este otro, constituyen dos *imperativos éticos* que posibilitan un espacio terapéutico: el de otorgar una *significación ética* a la asimetría de la relación de cuidado y el de asumir la *responsabilidad ética* a ésta asociada. Más aún, esta responsabilidad ética conlleva una hospitalidad hacia el otro, es decir una *disponibilidad* para acoger las palabras y los silencios del otro sin cubrirlas inmediatamente.

Cuando el paciente se hace presente en sus síntomas, lo hace en un discurso que expresa cómo, por qué y de qué manera está enfermo, remitiéndonos de este modo a una historia particular, a un contexto de *sentido*. Será la tarea del clínico la que busque integrar esas narrativas. Por eso, esta práctica puede ser comparada a la de los historiadores, a la de los biógrafos o a la de los etnógrafos (46, 47). Precisamente, el método clínico como acto interpretativo implica la organización de los eventos vividos en la sincronía de un relato: un relato que no es la simple repetición de un pasado ampliado, sino una co-creación del terapeuta y el paciente.

El destino de un relato no reside en sí mismo sino más bien participa de otra lógica, la de la *escucha*. ¿Qué me dice el relato y qué digo yo al sujeto del relato? Cada palabra aparece como un “puente tendido entre dos interlocutores” (48). El terapeuta no es el mero soporte de la *transferencia*, porque la relación analítica se reduciría a la sola recuperación de determinaciones históricas. Al contrario, el discurso del paciente es reinventado en su recepción y por la recepción misma del terapeuta (49).

Es por eso que el paciente no puede ser concebido en la inmanencia, ya que el terapeuta en esa situación sólo puede apropiarse de su texto participando de su *mundo*.

La receptividad en cuanto “a priori” del decir, “constituye un componente intrínseco de la significación actual o efectiva del texto o relato” (50). Sitúa al relato

entre el paciente y el terapeuta, en un espacio que no es ni del uno ni del otro ni del lado de la creación ni del lado de la recepción, sino “*entre ambos*”. En tanto que es respuesta, la recepción opera una cierta *mediación* entre el pasado y el horizonte de espera del presente, o mejor entre el “horizonte de espera del pasado” y el “horizonte de espera del presente”. Pero además, constituye una *mediación* entre dos tiempos, el del paciente y el del terapeuta (51).

Por eso, Ricoeur considera que ha sido un hallazgo audaz el de Freud el tomar la “relación intersubjetiva” como *técnica* (52). Al poner en juego su propia *receptividad*, el analista permite que ese discurso se despliegue en su dimensión propia, es decir en su dimensión de intersubjetividad. Poniendo el acento en ese espacio entre la narración y la recepción, y encontrando allí su dimensión dialógica, la *hermenéutica de la recepción* nos conduce a una *hermenéutica del diálogo* (53). Aun cuando la palabra sea rechazada, en ese “saber dejar ser al otro” es que surge el “silencio” en tanto posibilidad última o primera del diálogo.

La distancia entre uno y otro paulatinamente se hace cercanía hasta alcanzar un diálogo interpersonal que queda sellado por el “*pacto de cuidados*” que se sostiene en la *confianza mutua* (15) y cuyo objetivo es la curación. Por eso, la relación de “cuidado” ha de considerarse como unidad normativa de cualquier relación humana, frente a la multiplicidad de enfoques teóricos y de problemas legales y éticos.

Ahora bien, desde el inicio el *pacto de cuidado* se hace presente de modo frágil. Por un lado, por la misma patología y el drama que allí surge, y por otro, porque el terapeuta atiende a menudo más a su saber científico fin de alcanzar una serie de juicios de diagnóstico y pronóstico que, muy a menudo deja de lado su singularidad: interesa mas “la” enfermedad que de “el” enfermo.

Escuchar al que cuenta su historia o sus historias es percibir su manera de ser, es trascender esa actitud que se desprende del mero abordaje de los síntomas para interesarse en su *mundo*. Al desplazar al analizado del lugar de “autor” al de “espectador-auditor” de su propio drama, el analista interviene para poner una distancia. Por ello “es necesario que otro (aunque este otro sea yo mismo en circunstancias privilegiadas y difíciles de realizar) interprete y sepa, para que yo me reconcilie conmigo mismo” (54).

En este sentido, Ricoeur plantea que *la praxis asistencial conlleva una dimensión ética*, “cuando a la afirmación de mi propia libertad se agrega la voluntad de la libertad del otro, es decir yo deseo que tu libertad exista”. (55)

En última instancia, el saber terapéutico es de algún modo un *saber antropológico*, del hombre como sujeto de enfermedad, del *homo patiens*. “El dolor y el sufrimiento no sólo son ‘pathos’ sino también ‘logos’” dice Lopez-Ibor (56): no producen conocimiento únicamente en quien padece sino también en quien quiere acompañar al hombre en su sufrir. ■

Referencias bibliográficas

- Barruel F, Bioy A. Du soin à la personne: clinique de l'incertitude. Dunod, Paris; 2013.
- Aubry, R. Préface. En: Barruel, F. et Bioy, A (o.c.)
- Buzzi A. Los aforismos de William Osler. *Rev Asoc Méd Argent* 2011; 124: 3-5.
- Rovaletti ML. Transdisciplinariedad y Psiquiatría. Reflexiones en torno a la epistemología de una ciencia teórica y práctica, En: E. Vaschetto (ed.) Epistemología y psiquiatría. Relaciones peligrosas. Buenos Aires, 2012, pp. 43-53.
- Lantéri-Laura G. Phénoménologie et critique des fondements de la psychiatrie. *L'Evolution Psychiatrique*, 51, 4, 1986: 895-906.
- Lantéri-Laura G. Sémiologie et critique de la connaissance. *L'Evolution Psychiatrique*, 1986. 51, 4: 825-833.
- Berquez G. L'illusion phénoménologique et le réel biologique. Essai de Psychiatrie théorique. *L'Evolution Psychiatrique* 1986, 51, 1: 87-99.
- Kuhn R. Daseinsanalyse: phénoménologie de l'existant. En: R. Férida. Phénoménologie, Psychiatrie, Psychanalyse, Phénoménologie. Paris: G.R.E.U.P., Echo-Centurion; 1986, pp.9-26;
- Kuhn R. El síntoma como hecho a ser comprendido. En torno a la frase 'en la psiquiatría los síntomas son ellos mismos hechos a ser comprendidos. En: M. L. Rovaletti (ed.), Corporeidad; La problemática del cuerpo en el pensamiento actual. Bs. As.: Lugar Editorial; 1998.
- Binswanger L. Importance et signification de l'analytique existentielle de M. Heidegger pour l'accesion de la psychiatrie à la compréhension d'elle-même (1958). En: Introduction à l'analyse existentielle, Paris: Minuit; 1971, pp. 247-263.
- Pelluchon, C. Elementos para una ética de la vulnerabilidad. Bogotá: Editorial Javeriana-Universidad del Bosque, 2015.
- Pelluchon C. El ejercicio de la medicina: valores de los pacientes, normas de los profesionales, conflictos y deliberación pública. *Revista Colombiana de Bioética*. 2011, 6, 2: 139-159.
- Rouillard, S. Soigner en psychiatrie. Conjuguer, au quotidien, vulnérabilité et autonomie. En: E. Hirsch, Traité de bioéthique III.: Handicaps, vulnérabilités, situations extrêmes. Toulouse: Eres; 2010. pp. 153-164.
- Rawls J. Teoría de la justicia. México: F.C.E; 1979.
- Ricoeur P. Le Juste 2. Paris: Éditions Esprit; 2001.
- Ricoeur P. Soi-même comme un autre. Paris; Du Seuil, 1990.
- Wachter D-F. Les figures de la vulnérabilité. En: Hirsch, E. Traité de bioéthique. Toulouse: Eres; 2010, pp. 189-204
- Levinas E. Ética e infinito. Madrid: Visor; 1991.
- Reyre A. La construction de soins dans la schizophrénie: quelle liberté pour la personne? En: Hirsch, E. (ed.) Traité de bioéthique. Vol. III: Handicaps, vulnérabilités, situations extrême. Toulouse: Eres; 2010, pp. 165-177.
- Domingo Moratalla T. Bioética y hermenéutica. La aportación de Paul Ricoeur a la bioética. *Veritas* 2007, II, 17: 281-312.
- Le Blanc G. La vie psychique de la maladie. *Esprit*, 2006/1 (Janvier): 109-122
- Blankenburg W. Autonomie und Heteronomie Konzept in irher Bedeutung für die psychiatrische Praxis. En: W. Janzarick (ed) Psychopatologie und Praxis. Stuttgart: Enke, 1985, pp. 29-46.
- Blankenburg W. The dialectic of 'Freedom and Unfreedom' in the Psychiatric View. En: A. T. Tymieniecka (ed.) Analecta Husserliana. Dordrecht: Reidel Publishing; 1987, XXII: 409-423.
- Heidegger M. Sein und Zeit, Tübingen: Max Niemeyer, 1963.
- Tatossian A. Pratique Psychiatrique et Phénoménologie. En: P. Fedida, (ed) Phénoménologie, Psychiatrie, Psychanalyse, Paris: GREUP- Echo-Centurion; 1986, pp.123-132.
- Blankenburg W. Sur le rapport entre Pratique Psychiatrique et Phénoménologie. En: P. Fedida (ed) Phénoménologie, Psychiatrie, Psychanalyse. Paris: GREUP, Echo-Centurion, 1986, pp.133-140;
- Blankenburg W. La psicopatología como ciencia básica de la psiquiatría. *Revista chilena de Neuropsiquiatría* 1983, XXI: 177-188.
- Callieri B. 'Curare' o 'prendersi cura di', il dilemma psichiatrico della responsabilità esistenziale. *Atque* (Italia) 1993, 8: 121-131.
- Ricoeur P. Alienation. En: *Encyclopædia Universalis*. Paris, 1978; Vol. 1. p. 660. [en ligne el 20-04-2016]. <http://www.universalis.fr/encyclopedie/alienation/>
- Giudicelli S. Le concept d'alienation: de la théorie à la pratique quotidienne. *L'Information Psychiatrique*, 1983, 59, 7: 925-940.
- Ey H. La conscience. Paris: P.U.F, 1968.
- Heidegger M. Vorträge und Aufsätze. Pfullingen: Neske, 1954.
- Brauntigan, W. La psicoterapia en su aspecto antropológico. Madrid: Gredos; 1964.
- Grenouilloux A. Quels besoins et quels moyens pour une nosologie psychiatrique au XXI siècle? *L'Information Psychiatrique* 2010, 86, 3: 135-143.
- Lantéri-Laura G. Au-delà du domaine clinique. *L'Evolution Psychiatrique*. 1990, 55, 2: 287-302.
- Berthon, G. Respect de l'autonomie, consentement et usage de la contrainte en psychiatrie. En: E. Hirsch. Traité de bioéthique III.: Handicaps, vulnérabilités, situations extrêmes. Toulouse: Eres, 2010, pp. 140-152.
- Cortina A. Alianza y contrato. Política, Ética y Religión. Madrid: Trotta, 2001.
- Jacquemin D. Le concept d'alliance à l'épreuve de la relation de soins. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*. 2005, 4: 281-4. Disponible el 1-07-2016 en link.springer.com/article/10.1007/s10332-005-0097-8
- Zacaaï-Reyners, N. Respect, réciprocité et relations asymétriques. Quelques figures de la relation de soin. *Esprit*, 2006/1 (Janvier): 95-108
- Declaration de Barcelone. Novembre 1998. Propositions politiques à la Commission Européenne par les Partenaires du Projet BIOMED-II, projet sur les Principes Ethiques de Base en Bioéthique et Biodroit. Disponible el 01-07-2015: <http://genevieve.delaisi.free.fr/pages/barcel2.html#renseig>
- Drane J. Las múltiples caras de la competencia. En: Cruceiro, A. (ed.) Bioética para Clínicos. Madrid: Triacastela, 1999, pp. 163-176.
- Appelbaum PS, Lidz ChB, Meisel A. Informend consent. Legal theory and Clinical Practice. New York: Oxford University Press, 1987.
- Reyre A. La construction de soins dans la schizophrénie: quelle liberté pour la personne? En: E. Hirsch. Traité de bioéthique III.: Handicaps, vulnérabilités, situations extrêmes. Toulouse: Eres; 2010. pp. 165-177
- Chalier C. La souffrance d'autrui. En: La persévérance du mal. Paris: Cerf, 1987, pp. 127-143.
- Levinas E. Autrement qu'être ou au delà de l'essence. The Hague: M. Nijhoff; 1974
- Rovaletti ML. De la hermenéutica del relato a la hermenéutica de la recepción. *Acta Fenomenológica Latinoamericana*, vol. I. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, 2003, pp. 347-357.
- Rovaletti ML. La psicoterapia como 'compromiso narrativo. En L. Ricón (ed.) Las psicoterapias, pensadas a partir de los posible. Bs. As.: Polemos, 2005, pp. 195-204.
- Jacques F. Dialogiques. Paris: PUF; 1979.
- Ricoeur P. La componente narrativa della psicoanalisi. *Metaxú* (Roma), 1988, 5 Maggio, pp. 7-19.
- Ricoeur P. *Temps et Récit*. Paris: Du Seuil, 1983.
- Rovaletti ML. La historia clínica, entre la verdad factual y la verdad narrativa. En: A. Zirióñ Quijano (ed.) *Acta Fenomenológica Latinoamericana*, vol. III, México, Universidad Michoacana; 2009, pp. 743-751.
- Ricoeur P. De l'interprétation, Essai sur Freud. Paris: Du Seuil, 1965.
- Chavarot, J.M. Hermenéutique de la réception. *L'art du Comprendre* 1998, 7: 221-239.
- Ricoeur P. Philosophie de la volonté. Vol. I. Le volontaire et l'involontaire. Paris: Aubier, 1963.
- Ricoeur P. Psychiatry and Moral Values. En: S. Arietti, *American Handbook of Psychiatry*. New York: Basic Books, 1974, vol. I, pp. 976-990.
- Lopez Ibor JJ. Enfermedad, dolor y sufrimiento, *Noticias Médicas*; 1970.