



VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

75



BIOÉTICA Y PSIQUIATRÍA

*Bonilla / Cecchetto / Conti / Lanzilota
Mainetti / Rovalletti / Stagnaro*

Revista de Experiencias Clínicas y Neurociencias / Dossier / El Rescate y la Memoria / Confrontaciones / Señales

Volumen XVIII - Nº 75 Septiembre - Octubre 2007

Director:
Juan Carlos Stagnaro
Director Asociado para Europa:
Dominique Wintrebert

Comité Científico

ARGENTINA: F. Alvarez, S. Bermann, M. Cetcovich Bakmas, I. Berenstein, R. H. Etchegoyen, O. Gershanik, A. Goldchluk, M. A. Matterazzi, A. Monchablon Espinoza, R. Montenegro, J. Nazar, E. Olivera, J. Pellegrini, D. J. Rapela, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, D. Rabinovich, E. Rodríguez Echandía, L. Salvarezza, C. Solomonoff, M. Suárez Richards, I. Vegh, H. Vezzetti, L. M. Zieher, P. Zöpke. **AUSTRIA:** P. Berner. **BÉLGICA:** J. Mendlewicz. **BRASIL:** J. Forbes, J. Mari. **CANADA:** B. Dubrovsky. **CHILE:** A. Heerlein, F. Lolas Stepke. **EE.UU.:** R. Alarcón, O. Kernberg, R. A. Muñoz, L. F. Ramírez. **ESPAÑA:** V. Barembli, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** J. Bergeret, F. Caroli, H. Lôo, P. Noël, J. Postel, S. Resnik, B. Samuel-Lajeunesse, T. Tremine, E. Zarifian. **ITALIA:** F. Rotelli, J. Pérez. **PERU:** M. Hernández. **SUECIA:** L. Jacobsson. **URUGUAY:** A. Lista, E. Probst.

Comité Editorial

Martín Agrest, Norberto Aldo Conti, Pablo Gabay, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Santiago Levin, Daniel Matusevich, Alexis Mussa, Martín Nemirovsky, Fabián Triskier, Ernesto Wahlberg, Silvia Wikinski.

Corresponsales

CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES: S. B. Carpintero (Hosp. C.T. García); N. Conti (Hosp. J.T. Borda); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); R. Epstein (AP de BA); J. Faccioli (Hosp. Italiano); A. Giménez (A.P.A.); N. Koldobsky (La Plata); A. Mantero (Hosp. Francés); E. Mata (Bahía Blanca); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); L. Millas (Hosp. Rivadavia); G. Onofrio (Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); J. M. Paz (Hosp. Zubizarreta); M. Podruzny (Mar del Plata); H. Reggiani (Hosp. B. Moyano); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); E. Diamanti (Hosp. Español); J. Zirulnik (Hosp. J. Fernández). **CORDOBA:** C. Curtó, J. L. Fitó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RIOS:** J. H. Garcilaso. **JUJUY:** C. Rey Campero; M. Sánchez. **LA PAMPA:** C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera; F. Linares; O. Voloschin. **NEUQUÉN:** E. Stein. **RIO NEGRO:** D. Jerez. **SALTA:** J. M. Moltrasio. **SAN JUAN:** M. T. Aciar. **SAN LUIS:** J. Portela. **SANTA FE:** M. T. Colovini; J. C. Liotta. **SANTIAGO DEL ESTERO:** R. Costilla. **TUCUMAN:** A. Fiorio.

Corresponsales en el Exterior

ALEMANIA Y AUSTRIA: A. Woitzuck. **AMÉRICA CENTRAL:** D. Herrera Salinas. **CHILE:** A. San Martín. **CUBA:** L. Artiles Visbal. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **ESPAÑA:** A. Berenstein; M. A. Díaz. **EE.UU.:** G. de Erasquin; R. Hidalgo; P. Pizarro; D. Mirsky; C. Toppelberg (Boston); A. Yaryura Tobías (Nueva York). **FRANCIA:** D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky. **ISRAEL:** L. Mauas. **MÉXICO:** M. Krassoievitch; S. Villaseñor Bayardo. **PARAGUAY:** J. A. Arias. **SUECIA:** U. Penayo. **SUIZA:** N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar. **VENEZUELA:** J. Villasmil.

Informes y correspondencia:
VERTEX, Moreno 1785, 5° piso
(1093), Buenos Aires, Argentina
Tel./Fax: 54(11)4383-5291 – 54(11)4382-4181
E-mail: editorial@polemos.com.ar
www.editorialpolemos.com.ar

En Europa: Correspondencia
Informes y Suscripciones
Dominique Wintrebert, 63, Bv. de Picpus,
(75012) París, Francia. Tel.: (33-1) 43.43.82.22
Fax.: (33-1) 43.43.24.64
E-mail: wintreb@easynet.fr

Diseño
Ruff's Graph
ruff@speedy.com.ar

Impreso en:
Sol Print. Aráoz de Lamadrid 1920. Buenos Aires

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual: N° 207187 - ISSN 0327-6139

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XVIII N°75, SEPTIEMBRE - OCTUBRE 2007

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX.

* Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación de Polemos, Sociedad Anónima.

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin previo consentimiento de su Editor Responsable. Los artículos firmados y las opiniones vertidas en entrevistas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

SUMARIO

Vertex
Revista Argentina de
Psiquiatría

Aparición
bimestral

Indizada en el
acopio bibliográfico
"Literatura
Latinoamericana en
Ciencias de la
Salud" (LILACS), SCIELO
y MEDLINE.

Para consultar
listado completo
de números anteriores:
www.editorialpolemos.com

Ilustración de tapa
León Federico
González Barreiro
14 cm x 13 cm
dibujo digital
2007

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- Características de jugadores patológicos argentinos
P. E. Abait, J. O. Folino pág. 325
- ¿Cómo tratan los psiquiatras argentinos la depresión?
E. A. Leiderman, M. Nemirovsky, I. elenitza, G. Jufe, S. Levin,
S. Mazaira, A. Mussa, S. Wikinski pág. 335
- La automedicación, una nueva epidemia silenciosa
J. A. Franco, C. Pecci pág. 344

DOSSIER

BIOÉTICA

- Bioética. Una aproximación a su estatuto epistemológico
S. Cecchetto, J. A. Mainetti pág. 357
- Ética: Cuestiones y problemas contemporáneos
A. B. Bonilla pág. 362
- ¿Es posible pensar en una Psico-ética?
M. L. Rovaletti pág. 370
- Algunos problemas de la psiquiatría contemporánea
analizados desde la perspectiva bioética
J. C. Stagnaro pág. 376
- Comités de Bioética
A. Lanzilota pág. 382
- Una experiencia en curso. Reportaje a los miembros
del comité de Bioética del Hospital "J. T. Borda"
N. Conti pág. 387

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- La ética médica en los albores del pensamiento
griego clásico. El juramento hipocrático pág. 391

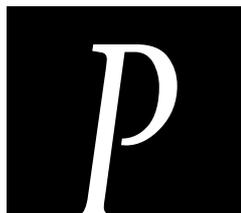
CONFRONTACIONES

- La experiencia del Lanús y el escenario actual
en Salud Mental. La ética de la Memoria y el Olvido
H. Vommaro pág. 393

SEÑALES

- Enrique Pichon Rivière (Homenaje in memoriam)
E. L. Mahieu pág. 398

EDITORIAL



Hay técnicas de mercadotecnia -desde la publicidad hasta la ubicación de los artículos en las vidrieras y el interior de los comercios- que pueden influir en las decisiones de compra. Los expertos en marketing piensan que si una persona entra en un shopping sin intención alguna de realizar compras y una vez adentro modifica esa intención inicial y sale con varias bolsas de flamantes y probablemente innecesarios objetos, se debe a las técnicas de estimulación del consumo.

*Pero lo que más les gustaría a los responsables de marketing es conocer cómo responde el cerebro del consumidor a los estímulos comerciales para dirigirlos "científicamente", es decir, más eficazmente. El llamado neuromarketing, que pretende nutrirse directamente de los avances de la neurociencia, aspira a dar con la tecla de la compra en el cerebro (véanse las últimas novedades al respecto en el libro *Neuromarketing: Understanding the Buy Buttons in Your Customer's Brain* de los franceses Patrick Renvoise (ingeniero en computación) y Christophe Morin (especialista en marketing) editado este año, y ya traducido al español. Distinguiéndose de los cerca de 14.000 títulos que existen en nuestro idioma sobre las técnicas de inducción a la compra, este libro es el único que introduce un nuevo lenguaje que, según sus autores "ayuda a construir y comunicar mensajes que influyen directamente en el verdadero decisor que tenemos dentro: el cerebro primitivo". Este campo del marketing es muy nuevo (el término fue acuñado en 2002 por Ale Smidts y, en 2004, tuvo lugar, en el Baylor College of Medicine, el primer congreso sobre neuromarketing). Muchas empresas empiezan ya a tener en cuenta en sus estrategias publicitarias las enseñanzas de los neurocientíficos. Incluso ya hay consultoras de neuromarketing (Neuroco es una de ellas) y algunas compañías de publicidad contratan a insignes investigadores para que abran los ojos de sus creativos a las posibilidades del neuromarketing. Ellos aseguran que gracias a las técnicas de neuroimagen funcional ya es posible ver qué se activa en el cerebro del comprador ante los estímulos de compra y vinculan el momento de la misma con el núcleo accumbens, integrado en el "circuito de recompensa", que se puede entender como ¡el resultado de sopesar el placer derivado del objeto que se compra y el dolor que causa el desprendimiento del dinero que cuesta! Y aseguran también que las marcas y productos que mejor se recuerdan y dejan una huella más viva en el cerebro son los que se asocian a emociones intensas y positivas. El desafío de la mercadotecnia es, en el paroxismo de la tecnología aplicada a la sociedad de consumo, cómo provocar en el público un buen impacto emocional para recordar una marca y comprar sus productos y servicios, algo que también se ha empezado a hacer en las campañas políticas. Más allá de la superficialidad y fantasía de estas propuestas, que tienen mucho más de marketing que de "neuro", es interesante comprobar que su credibilidad en ciertos medios, como los de las grandes empresas, por ejemplo, muestra que un buen barniz de discurso cientificista logra efectos de creencia a-crítica y acentúa la idea del hombre autómatas regido por un cerebro-computadora cuyo funcionamiento estamos en vías -muy avanzadas según algunos- de conocer y dominar. Estas ideas infiltran la cultura contemporánea y los profesionales de la medicina y la psiquiatría no estamos al abrigo de su influencia. Solamente una sólida capacidad de crítica y conocimientos sobre los genuinos alcances de la neurociencia contemporánea, y la inclusión en nuestro bagaje conceptual de los aportes de las humanidades, nos pueden poner al abrigo de extrapolaciones fáciles y peligrosas en nuestra práctica clínica ■*

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

Los artículos que se envíen a la revista deben ajustarse a las normas de publicación que se especifican en el sitio www.editorialpolemos.com.ar

TEMAS DE LOS DOSSIERS DEL AÑO 2007

*Vertex 71 / Enero – Febrero
PREJUICIO Y ESTIGMA
EN PSIQUIATRÍA*

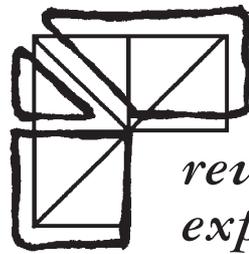
*Vertex 72 / Marzo – Abril
CALIDAD DE VIDA
EN SALUD MENTAL*

*Vertex 73 / Mayo – Junio
EDUCACIÓN EN PSIQUIATRÍA
Y SALUD MENTAL*

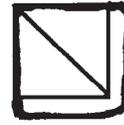
*Vertex 74 / Julio – Agosto
“EL SUEÑO Y LOS SUEÑOS”*

*Vertex 75 / Septiembre – Octubre
BIOÉTICA Y PSIQUIATRÍA*

*Vertex 76 / Noviembre – Diciembre
VEJEZ E INSTITUCIONES*



revista de
experiencias
clínicas y neurociencias



Características de jugadores patológicos argentinos

Patricia E. Abait

Especialista en Psiquiatría y Psicología Médica; Magíster en Psiquiatría Forense; Coordinadora del Programa de Prevención del Juego Patológico del Instituto de Juegos de Apuestas de la Ciudad de Buenos Aires.

E-mail: pabait@speedy.com.ar

Jorge O. Folino

Profesor Adjunto de Psiquiatría; Director de la Maestría en Psiquiatría Forense, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata.

E-mail: folino@med.unlp.edu.ar

Introducción

La comunidad científica últimamente ha intensificado los esfuerzos en el estudio del comportamiento

relacionado con los juegos de apuesta con el objetivo de identificar cuándo y por qué deja de ser una actividad recreativa social y se transforma en un problema de salud.

Resumen

Objetivos: describir las características de una serie de casos de jugadores patológicos de la Provincia de Buenos Aires. **Método:** se encuestó una serie de 62 casos - 45 varones y 17 mujeres - constituida por jugadores patológicos concurrentes a Grupos de Autoayuda en la provincia de Buenos Aires, Argentina. Se verificó que todos los sujetos sobrepasaran el umbral diagnóstico mediante el *South Oaks Gambling Screen* -SOGS-. Los datos fueron colectados mediante una encuesta escrita y anónima, con 55 ítems. Con la primera versión de la encuesta se realizó un pretest con participante informado -Coordinador del grupo de autoayuda- quien, a su vez, medió en la obtención del consentimiento del grupo. **Resultados:** los encuestados tenían una edad promedio de 48 años; habían comenzado a jugar a los 25 años y con problemas económicos a los 33 años de edad. Las mujeres informaron una edad de inicio significativamente mayor que los varones (35 años vs. 23). En general, los encuestados tenían alto nivel educativo y ocupacional. Del total, el 43,5 % informó practicar un sólo tipo de juego de apuestas y el 24,2 % señaló a la ruleta como su primera preferencia. Las mujeres concentraron su primera preferencia entre las máquinas tragamonedas y el bingo y los varones entre la ruleta, carreras de caballo y juegos de barajas. Del total, el 12,6 % tenía problemas con el alcohol y el 84 % era fumador. Se detectó una amplia prevalencia de síntomas emocionales, pensamientos e intentos suicidas y de perjuicios económicos y conyugales. Gran parte de los hallazgos resultan congruentes con estudios de otros países, pero algunos señalan particularidades locales relacionadas con las preferencias de juego y con la asociación con tabaquismo.

Palabras clave: Juego de apuestas - Juego patológico - Jugadores anónimos - Comorbilidad.

CHARACTERISTICS OF PATHOLOGICAL GAMBLERS IN ARGENTINA.

Summary

Objective: To describe the characteristics of a series of identified cases of pathological gamblers in the Province of Buenos Aires. **Methods:** A group under study was composed of 62 cases (45 men and 17 women) of pathological gamblers in Self-help Groups in the Buenos Aires Province, Argentine, who were submitted to questionnaire. It was corroborated that all the subjects surpassed the diagnostic threshold of the *South Oaks Gambling Screen* -SOGS-. The data were collected by means of 55-item questionnaire which was done in written and anonymously. A pre-test with an informed participant, a Coordinator of the Self-help Group, who at the same time mediated the informed consent of the Self-help Group, was performed with the first version of the questionnaire. **Results:** The survey group mean age was 48 and they started gambling at the age of 25 and had financial troubles at the age of 33. Women starting age of gambling was at significantly older age than that of the men (35 years vs. 23). In general, the survey group had high educational or occupational level. Of the total amount of the survey group, 43.5 % informed that they practiced only one type of betting games and 24.2 % stated that casino was a preferred game. Women showed their preferences for slot-machines and bingo and men for casino, horse-racing and cards. Besides, 12.6 % of the survey group had alcohol problems and 84 % had smoking habits. We also detected high prevalence of affective disorders, suicide thoughts and attempts as well as financial and marital troubles. An important part of our findings coincide with those found in other countries, but with some specific local characteristics related to the gambling preferences and its association to smoking.

Key words: Gambling - Pathological gambling - Gamblers Anonymous - Co-morbidity.

Existe un consenso generalizado sobre cuáles son las condiciones generales que permiten considerar al comportamiento del juego de apuestas un trastorno de los hábitos y del control de los impulsos (55). También existe consenso en que el trastorno tiene consecuencias graves en el ámbito personal, familiar y social y configura un problema de salud pública (6, 9, 11, 44, 47). La importancia en la salud pública puede dimensionarse teniendo en cuenta algunas estimaciones de la prevalencia proveniente de otros medios. Por ejemplo, Volberg y Steadman (53), respecto de la prevalencia de probables jugadores problema, informan que en Nueva York es del 1,4 %, en Massachussets del 2,1 % y en Quebec del 2,6 %; respecto a la prevalencia de jugadores patológicos, informan de Massachussets el 2,3 %, de California el 1,2 % y de Quebec, 1,2 %. Las prevalencias en diversas ciudades de España se ubican entre el 1,6 % y el 2,6 % (4, 5, 26, 34), aunque de Cádiz se informa una prevalencia mayor, del 11,52 % de Jugadores (23). Coincidentemente con la información predominante, en el DSM IV se contempla una prevalencia entre el 1 % y el 3 % de la población general (2).

Los denominaciones más comúnmente utilizadas son Juego Patológico, Ludopatía, Juego Compulsivo o Ludomanía (1, 2, 8, 38).

La bibliografía coincide en que quienes padecen el trastorno tienen dificultades para resistir el impulso de participar en juegos y ponen en riesgo su patrimonio económico (2); sienten una sensación creciente de tensión o de excitación previa al juego y una vivencia de alivio o gratificación durante el mismo (35); pueden arriesgar sus empleos, acumular deudas, mentir o violar la ley para obtener dinero o evadir el pago de sus deudas; presentan episodios frecuentes y reiterados de juegos de apuestas, que dominan su vida, en perjuicio de los valores y obligaciones sociales, laborales, materiales y familiares (8, 39). Sufren consecuencias graves entre las que se destacan el deterioro en la calidad de vida, el detrimento de sus responsabilidades sociales y personales, la dependencia emocional y afectiva con el juego, la búsqueda desenfrenada de dinero para seguir jugando, a pesar de pérdidas, deudas, depleción del ingreso básico y/o actos ilegales (37, 48). También se reconoce generalizadamente que el fracaso y la frustración por las pérdidas o demás consecuencias, deteriora la autoestima con tal grado de desesperación que los sujetos pueden llegar a tentativas de suicidio (18, 21). Finalmente, está ampliamente aceptado que la situación problemática se agrava con el tiempo, especialmente si el jugador niega su patología y evita la búsqueda de ayuda (42); que la evolución más típica es insidiosa, con exacerbaciones y remisiones frecuentemente relacionadas con acontecimientos vitales, incluyendo años de juego social (20); que en general se desarrolla en cuatro fases denominadas aventurera y de ganancias, de pérdidas, de desesperación y de desesperanza y abandono (13).

Estas características son complementarias y permiten la configuración sindrómica del trastorno. Por otra parte, se cuenta con información que señala aspectos heterogéneos del fenómeno y la existencia de variantes por sexo, grupo etario y grupos socioculturales (37, 44). Conocer estas diferencias es de suma importancia pues en

ellas puede estar la clave que posibilite la prevención o el tratamiento específico en una subpoblación determinada.

A pesar de la gran importancia médica, social y criminológica que debería reconocerse en la identificación local de esas peculiaridades, no se cuenta en la Argentina con información suficiente. Con la meta de contribuir con el proceso de obtención de conocimiento faltante que podría orientar acciones preventivas y futuras investigaciones sobre el tema, el presente artículo tiene el objetivo de describir las características de una serie de casos de jugadores patológicos de la Provincia de Buenos Aires y de examinar similitudes y diferencias con los jugadores patológicos de otros países.

Antecedentes relevantes

En cuanto a la distribución por género, se cuenta con estudio de prevalencia en la población general que informa una relación hombres a mujeres de 2:1 a 3:1 (38). Ladouceur y cols., por su parte, analizaron una muestra de estudiantes de aproximadamente 18 años y encontraron que la relación hombres a mujeres es de 9,5:1 y en otra muestra de universitarios con edad promedio de 22 años encontraron una relación de 4,1:1 (25). La razón más amplia encontrada en los jóvenes es congruente con la hipótesis de que este problema aparece más tarde en las mujeres que en hombres. A pesar de la poca información, es probable que al menos un tercio de los jugadores patológicos sean mujeres (38).

Sobre la búsqueda de ayuda según el género, se cuenta con la información de (27) quien expone que sólo el 2 % de los jugadores en grupos de autoayuda de New Jersey eran mujeres y sólo el 14 % de las llamadas a líneas de ayuda eran mujeres (38). Por su parte, Volberg y Steadman (53, 54) verificaron que sólo el 7 % de los jugadores en los programas de tratamiento de juego patológico en Nueva York (EE. UU.) eran mujeres.

Otras características de las mujeres jugadoras se obtuvieron con la descripción hecha por Strachan y Custer (51) de 52 jugadoras anónimas de Las Vegas. Los autores identificaron a la típica jugadora como caucásica, de entre 30 y 49 años de edad, casada, con hijos, con un alto nivel de educación y jugadora de video póquer. Por otra parte, Tavares y cols. (52) describieron 39 jugadoras femeninas entre las que la mayoría era soltera y prefería el bingo.

Algunos autores sugieren que la progresión es más rápida en las mujeres. El desarrollo acelerado de la adicción en mujeres, también llamado "efecto telescopio", fue descrito por Lisansky (33) en el alcoholismo y confirmado por otros autores (31, 45).

También se informa en la bibliografía que las mujeres juegan más frecuentemente para escapar de problemas o aliviar la disforia (38).

Respecto de la evolución, en la información proveniente del extranjero se plantea que el juego regular persiste por 7 años aproximadamente hasta volverse problemático y que luego continúa durante 3 a 7 años más hasta que el sujeto se decide a buscar tratamiento (44). Coello (11) da precisiones exponiendo que la mitad de jugadores patológicos comienzan entre los 18 y 30 años y que ese período es de particular riesgo para las conductas adictivas.

En relación con la comorbilidad entre el juego patológico y otros trastornos, en las fuentes foráneas se destaca la del consumo de alcohol y los trastornos afectivos. El alcohol es utilizado para celebrar las ganancias o para eliminar la sensación de culpabilidad en el caso de perder. También se ha informado comorbilidad con tabaquismo y otras sustancias (10, 24). El índice de prevalencia de los problemas de juego (nivel 2 y 3), a lo largo de la vida, entre los pacientes abusadores de sustancia es más alto que los que obtienen con las encuestas en la población general (44). Shaffer, Hall y cols. (50) revisaron varios estudios de adultos en tratamiento por abuso de sustancias y los índices de problemas de juego a lo largo de la vida informado es de alrededor del 15 % entre los abusadores de sustancias que buscan tratamiento. Otros autores encontraron en pacientes con desórdenes por uso de cocaína una prevalencia de desórdenes de juego de entre el 8 % y el 15 % (30). Nancy Petry (2005), en su revisión, menciona varios estudios con prevalencia del 30 % de juego patológico (niveles 2 y 3) en pacientes dependientes de opioides.

El consumo de tabaco es común entre los jugadores que buscan ayuda, pero hay pocas investigaciones publicadas que utilicen los criterios para el diagnóstico de dependencia a la nicotina. Maccallum y Blaszczynski (35) informan que el 65,3 % de jugadores de póquer en tratamiento en Australia consumen tabaco y que el 37 % reúne los criterios de dependencia.

Por otra parte, la comorbilidad con síntomas emocionales en los jugadores patológicos es sumamente importante. Si bien Ibáñez y cols. (21) encontraron sintomatología ansiosa solamente en el 4 % de los ludópatas, en otro estudio se informa ansiedad severa en el 49 % de jugadores ingresantes a tratamiento (18) e ideación suicida en el 41-46 % de los jugadores. Por su parte, Mc Cormick y cols. (39) encontraron que en una muestra de 52 jugadores patológicos, un 12 % había tenido intento de suicidio, otro 12 % pensaba fuertemente en hacerlo, un 10 % tenía pensamientos ocasionales de suicidio y en el 20 % no aparecían tendencias suicidas.

La bibliografía internacional pone de manifiesto variaciones relacionadas con la ocupación de los jugadores y con la repercusión del juego en el trabajo. Por ejemplo, de acuerdo a información del Instituto Español de problemas de juegos de azar (3), de una muestra de 254 jugadores atendidos (210 varones y 44 mujeres), las principales categorías alcanzaron las siguientes proporciones: la categoría de "obreros calificados o especialistas", el 21 %; la categoría "ama de casa, estudiantes, pensionistas y desempleados", el 26 % y la categoría de "puesto directivo", el 7 %. El 45 % de las mujeres resultaron ser amas de casa y únicamente el 9 % desarrollaban actividad profesional.

La aficción en el trabajo, ya sea directa o indirectamente, por el juego, es reconocida tanto por hombres como por mujeres (61 % y 60 % respectivamente) (18, 44).

¿Qué es un Grupo de Autoayuda de Jugadores Anónimos?

Es un grupo de dos personas o más que se reúnen con el propósito de buscar alivio a su problema personal de juego y no reciben ayuda externa -con la posibilidad excepcional de poder pertenecer también a un grupo de alcohólicos anónimos-.

Cada grupo tiene el privilegio de autogobernarse, excepto en asuntos que afecten a otros grupos o a Jugadores Anónimos en su totalidad. Los miembros tienen responsabilidades que cumplir y actúan como secretarios, tesoreros, representantes de relaciones públicas, encargados rotatorios de la Junta, representantes de grupo y encargados del grupo de presión.

Uno de los preceptos básicos del grupo es: "los principios antes de las personalidades". Este precepto se respeta evitando que alguien desempeñe un puesto por mucho tiempo. Otro de los preceptos básicos es la autosuficiencia, lo que motiva que los miembros no acepten ayuda de ninguna Institución o persona que pueda significar una contribución externa.

El modelo de Jugadores Anónimos surgió por primera vez en los Ángeles en 1957 y está inspirado en los principios y la estructura de Alcohólicos Anónimos, siguiendo la regla de los 12 pasos en el proceso terapéutico (21, 22). En el proceso de autoayuda se enfatiza la necesidad de llevar a cabo una confesión pública en el marco del grupo de la condición de jugador de cada uno de los integrantes.

El grupo de autoayuda se integra sólo con jugadores y ex-jugadores, con exclusión de cualquier otro tipo de personal sanitario o del ámbito psicosocial.

Material y Método

El estudio describe una serie de 62 casos constituida por jugadores patológicos concurrentes a Grupos de Autoayuda en la provincia de Buenos Aires, Argentina. La serie descrita constituye una muestra seleccionada por conveniencia (40, 46) de manera tal que se asegurara una auténtica serie de casos, tanto por la autodefinición de los participantes como por la definición de los investigadores.

Los casos fueron colectados de un grupo de Jugadores Anónimos que se reúnen voluntariamente y que reconocen tener un problema en relación al juego y aceptan encontrarse semanalmente con el objetivo en común de ayudarse para mantener la abstinencia al juego. Además de estas condiciones que garantizan la "autodefinición" del jugador como persona que "padece un severo problema por el juego", se verificó que todos sobrepasaron el umbral diagnóstico mediante el *South Oaks Gambling Screen -SOGS-* (29, 44). El SOGS ha sido bien estudiado como instrumento para identificar jugadores patológicos y como instrumento de cribado para la investigación de jugadores problema; los ámbitos de aplicación han sido múltiples: comunidades terapéuticas, consultorios externos, estudios de abusadores de drogas y alcohol, población general; puede ser apli-

cado tanto en su versión en papel como a distancia, por teléfono. La versión en español que se utiliza en este trabajo es la de Echeburúa Odriozola y cols. (14). Las puntuaciones del SOGS en sí mismas están determinadas por la suma del número de preguntas que muestran una respuesta "de riesgo". El cuestionario tiene 16 ítems formados por 20 preguntas; la puntuación total puede ir de 0 a 20; la puntuación de 5 o más puntos indica la categoría de "probable jugador patológico".

Por otra parte, la constitución de la muestra de esa manera resultó sumamente conveniente a los propósitos del estudio, pues la predisposición a contestar la encuesta seguramente estuvo aumentada porque los sujetos se encontraban en proceso de recuperación. Sin esas condiciones, hubiera sido improbable obtener una alta tasa de respuesta, consecuencia del conocido mecanismo de ocultamiento y negación, comúnmente observado en los jugadores patológicos.

Se diseñó una encuesta escrita y anónima, con preguntas cerradas. Los ítems de la encuesta fueron elaborados en base a los temas relevantes recogidos en la revisión bibliográfica. Con la primera versión de la encuesta se realizó un pretest con participante informado, solicitándole al Coordinador del grupo de autoayuda que la respondiera y que diera su opinión tanto sobre los contenidos como sobre la forma. Asimismo, se le solicitó que la pusiera a consideración previa del grupo. Este procedimiento aseguró no sólo el ajuste de los ítems sino también la obtención del consentimiento grupal para la investigación.

La encuesta, que puede ser solicitada a los autores, se conformó con 55 ítems organizados en 9 dimensiones: "Características sociodemográficas y económicas del jugador"; "Ideas, percepciones y creencias del jugador"; "Comorbilidad psiquiátrica"; "Consumo de sustancias de abuso"; "Antecedentes de tratamientos psiquiátricos, psicológicos y/o en grupos de autoayuda"; "Características del patrón de juego"; "Aspectos relacionados al entorno del jugador"; "Consecuencias relacionadas al juego patológico", y "Conductas o actos ilegales relacionados al juego". En la encuesta se incluyeron los ítems de la versión en español del Cuestionario CAGE, que es un instrumento para la evaluación de problemas relacionados con el alcohol y está formado por cuatro ítems dicotómicos cuya puntuación total se obtiene sumando la cantidad de ítems respondidos positivamente (16, 17). La colección de datos se realizó desde julio del año 2004 hasta julio del 2005. El análisis estadístico se realizó en base a diferentes "n" debido a variación en la tasa de respuesta según variable.

Resultados

Resultados relacionados con variables demográficas y con el inicio del juego y de los problemas por el juego

La serie estudiada está constituida por 45 varones (72,6 %) y por 17 mujeres (27,4 %) provenientes de la provincia de Buenos Aires y de Capital Federal.

En la Tabla 1 se exponen los datos estadísticos relacionados con la edad de los encuestados y con la edad de inicio de algunos eventos relevantes al tema del juego. Se destaca que la edad promedio de los encuestados del Grupo de Jugadores Anónimos es de 48 años; que, en promedio, han comenzado a jugar a los 25 años y que han comenzado con los problemas económicos aproximadamente a los 33 años de edad (8 años más tarde).

Las mujeres informaron una edad de inicio significativamente mayor que los varones: mientras la media de edad para las mujeres fue de 35 años (DT 13); para los varones fue 23 años (DT 13,5); U de Mann-Whitney=132; p=0,003.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad a la encuesta	60	25	73	48.83	10.40
Edad de inicio en el juego	57	8	63	25.82	14.24
Edad de comienzo de problemas económicos por el juego	50	8	65	33.88	13.90

Es destacable que los encuestados tienen un nivel educativo alto, pues la mayoría tiene estudios secundarios completos (48,4 %) y el 24,2 % tiene estudios Universitarios (Tabla 2). Sólo un 3,2 % no tiene actividad laboral (jubilados); el 58,1 % es empresario, profesional o comerciante (Tabla 3).

Nivel educativo	Frecuencia	Porcentaje
Primario	8	12.9
Medio	30	48.4
Terciario	9	14.5
Universitario	13	21.0
Universitario más postgrado	2	3.2
Total	62	100.0

Tabla 3
Ocupación

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Empresario	4	6.5
Profesional	13	21.0
Comercial	19	30.6
Empleado	19	30.6
Jubilado	2	3.2
Otros	4	6.5
No contesta	1	1.6
Total	62	100.0

Resultados relacionados con el patrón de juego

El 67,7 % de los encuestados informó que utilizaba el juego como estrategia para escapar de los problemas y el mismo porcentaje informó que lo utilizaba para aliviar los sentimientos desagradables como la desesperanza, culpa, ansiedad o depresión. Al estratificar por género se encontró que más varones (74,4 %) que muje-

res (66,7 %) utilizaron el juego para aliviar sentimientos desagradables si bien la asociación de la variable con el género no resultó significativa. En cambio, aunque también sin significación estadística, se encontró que una mayor proporción de mujeres informó utilizar el juego como escape (92,9 %) en comparación con los varones (67,4 %).

La frecuencia del juego entre los jugadores patológicos resultó diaria o casi diaria: el 50 % de ellos jugaba diariamente y el 40,3 % algunas veces por semana. El 82 % informó que su hábito de jugar constituía una actividad solitaria.

En cuanto a las preferencias de cantidades y tipos de juego, el 43,5 % informó jugar un solo tipo. Como primer preferencia para ambos sexos, se destacó la ruleta en el 24,2 %; le siguieron las máquinas tragamonedas en el 21 %, y luego el juego de barajas y las carreras de caballos con porcentajes semejantes (12,9 %). En este aspecto se encontraron diferencias importantes según el género (Tabla 4). Se destaca que las mujeres de la serie concentraron su primer preferencia principalmente entre las máquinas tragamonedas y el bingo y secundariamente la ruleta. En cambio, los restantes juegos resultan ser primeras preferencias sólo para los varones.

Tabla 4
Primera preferencia de juego estratificada por género

Primera preferencia	Mujeres		Varones		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ruleta	2	11,8	13	28,9	15	24,2
Tragamonedas	8	47,1	5	11,1	13	21
Bingo	7	41,2	5	11,1	12	19,4
Carreras	0	0	8	17,8	8	12,9
Barajas	0	0	8	17,8	8	12,9
Quiniela	0	0	2	4,4	2	3,2
Black jack	0	0	2	4,4	2	3,2
Videojuegos	0	0	1	2,2	1	1,6
Otros	0	0	1	2,2	1	1,6
Total	17	100,0	45	100,0	62	100,0

Resultados relacionados con la comorbilidad

En la muestra se ratifica la alta prevalencia y el comienzo temprano de uno de los hábitos comúnmente asociados, el fumar. El 84 % de los encuestados informó ser fumador y, en promedio, comenzó a fumar a los 14 años (DT 3,15).

El 9,7 % tuvo problemas con la cocaína, el 3,2 % tuvo problemas con la marihuana. No se obtuvieron respuestas positivas respecto del consumo de anfetaminas y morfina pero un 24,2 % no respondió a estos ítems. Un porcentaje bajo (3,2 %) informó que tuvo problemas con sedantes y que tiene problemas con estimulantes. El 1,6 % tuvo problemas con otras drogas.

Respecto del consumo de alcohol, el 12,9 % respondió tener o haber tenido problemas con el alcohol. Además, al profundizar la investigación interrogando sobre varios aspectos relevantes, se obtuvo que el 9,7 % informó que debería beber menos cantidad que lo que usualmente toma y que le molestan los comentarios acerca de su forma de beber y los interpreta como críticas. El 8,1 % respondió que bebió a la mañana para calmar sus nervios o para librarse de la resaca como signo de abstinencia; el 6,5 % que suele sentir culpa por su costumbre de beber y se autoreprocha por algún malestar posterior a la ingesta. La evaluación mediante el cuestionario CAGE (17, 19) permitió reconocer que de los 48 que respondieron, el 12,6 % presentaba problemas con el alcohol (Tabla 5).

Tabla 5
Distribución de los puntajes CAGE

Puntaje CAGE	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
0	40	64,5	83,3
1	2	3,2	4,2
2	3	4,8	6,3
3	3	4,8	6,3
Total	48	77,4	100,0
Perdidos	14	22,6	
Total	62	100,0	

Nota. Con una respuesta sin contestar se consideró caso perdido. Media = 0,35 (DT = 0,86). Puntajes 2 y 3 significan problemas probables y confirmados respectivamente.

En relación con los problemas emocionales existentes en los jugadores compulsivos antes de ingresar al grupo de autoayuda, se destaca la siguiente información: el 88,7 % informó haber padecido síntomas de ansiedad y el 71 %, síntomas depresivos atribuibles al juego. Al momento de la encuesta, el 53,2 % informó padecer síntomas ansiosos y el 29 %, síntomas depresivos. Más de la mitad (58.1 %) informó haber tenido pensamientos suicidas y el 9,7 % de los jugadores que respondieron afirmó haber tenido intentos suicidas a causa del juego (en este ítem hubo alto porcentaje de no respondedores: 29 %).

Resultados relacionados con tipos de perjuicio según género

En la Tabla 6 se puede observar que hay diferencias de género en cuanto al tipo y grado de perjuicio. Si bien el aspecto económico, conyugal y emocional ocupan los primeros lugares para ambos sexos, se observa que en los hombres el juego afecta por igual el ámbito económico y conyugal (88,9 %) y emocional (71,1 %), mientras que en las mujeres se destaca el perjuicio económico en relación a los otros dos.

Discusión

Este es el primer estudio en el medio local que proporciona una caracterización de personas que han estado seriamente comprometidos con el hábito del juego y que se encuentran en una etapa de búsqueda de recuperación a través de su incursión en un grupo de autoayuda. El estudio no pretende lograr resultados generalizables a todos los jugadores pero, contemplando que la serie estudiada está compuesta por auténticos casos, permite, por primera vez en Argentina, contar con una descripción de las peculiaridades de jugadores patológicos argentinos, examinarla a la luz de los criterios diagnósticos internacionales y compararla con casos de otras latitudes. La concentración del estudio en un tipo de jugadores que comparan la motivación de incorporarse a un grupo de autoayuda no es algo indeseable; por el contrario, es un camino para lograr lo que varios autores plantean en relación con la necesidad de identificar los diversos tipos de jugadores y detectar las diferencias que orienten el abordaje más efectivo (49).

Algunos aspectos metodológicos del estudio merecen discusión. El estudio se realizó mediante el procedimiento de encuesta escrita que permite obtener datos que pueden permanecer ocultos en consultas espontáneas. También cabe destacar que se logró un alto grado de respuesta en casi todos los ítems, lo que puede atribuirse a que se preservó la identidad de los encuestados y la voluntad de participación a pesar de que no incluía remuneración. Por otra parte, los datos obtenidos se consideran de muy buena calidad pues, a diferencia de lo que ocurre en estudios de otros países, en los que los jugadores se reclutan motivados por financiación, en el presente estudio se reclutaron jugadores desinteresados pertenecientes al grupo de autoayuda, con conciencia más clara de su enfermedad y con mayor aceptación de la misma. Asimismo, este grupo estaba en condiciones de brindar valiosa información pues, al participar de las reuniones y compartir las experiencias de los otros juga-

Tabla 6.
Tipo de perjuicios causados por el juego en relación al género

	Femenino		Masculino		Total	
	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje
Ningún perjuicio	1	5.9	0	.0	1	1.6
Perjuicio económico	13	76.5	40	88.9	53	85.5
Perjuicio laboral	3	17.6	29	64.4	32	51.6
Perjuicio social	3	17.6	26	57.8	29	46.8
Perjuicio conyugal	5	29.4	40	88.9	45	72.6
Perjuicio emocional	10	58.8	32	71.1	42	67.7
Perjuicio legal	3	17.6	16	35.6	19	30.6
Total	17	27.4	45	72.6	62	100.0



dores, obtienen una visión más amplia y pueden responder sin tanta negación de las consecuencias relacionadas al juego en todos los ámbitos de su vida.

Los jugadores encuestados tenían una media de edad alta y ello permitió obtener información evolutiva: la experiencia en el juego de apuestas había comenzado a los 25 años aproximadamente, acarreado los primeros problemas económicos entre 8 a 10 años después. Estos datos evolutivos son coincidentes con hallazgos de Echeburúa, Fernández Montalvo y Báez en España (15), quienes encontraron que la mitad de los jugadores patológicos comienzan entre los 18 y 30 años.

La edad promedio de la serie estudiada es de 48 años, coincidentemente con lo referido por varios autores (21, 44, 52) que han encontrado que la franja de edad en la que los jugadores buscan ayuda terapéutica se sitúa entre los 35 y 54 años de edad.

Restringiendo las comparaciones con estudios en muestras similares -Jugadores Anónimos-, mientras en el presente estudio se encuentra que la proporción de mujeres alcanza el 25 % de la serie, en otras series de Jugadores Anónimos, se informan proporciones menores de mujeres, entre el 2 % y el 10 % (28). La distribución por sexo encontrada en esta serie de Jugadores Anónimos está más próxima a lo que es esperable encontrar en la población general, según los estudios epidemiológicos extranjeros que informan que alrededor de un tercio de los jugadores patológicos serían mujeres (12, 36, 37). Será interesante evaluar en estudios futuros si es que existen condiciones locales que modifican el flujo de varones y mujeres hacia los grupos de autoayuda o si la diferencia encontrada representa una diferencia real en la distribución por sexo en la población general.

Respecto de la edad de inicio en el juego y las diferencias entre los géneros se encontró en este estudio que las mujeres informaron una edad de inicio significativamente mayor que la de los varones, en coincidencia a los hallazgos de Ibáñez Cuadrado y Sáiz Ruiz (12) que también demuestran que los varones habían comenzado con el juego antes de los 25 años, mientras que el 70 % de las mujeres había comenzado por encima de esa edad, señalando que el juego patológico era significativamente más precoz en los varones.

Los resultados también son congruentes con lo informado en la bibliografía en el sentido que la cantidad de mujeres entre los jugadores aumenta con la edad y que ambos géneros tienden a acudir al tratamiento en la misma etapa de la vida (2, 25, 37).

Si bien el presente estudio no tiene como principal objetivo la determinación de causalidad, resulta importante la verificación de un alto porcentaje (67,7 %) de utilización del juego como estrategia para el alivio de sentimientos desagradables. El hallazgo se encuentra en línea con la relación influyente de los estados de ansiedad y la depresión con el juego patológico, tal como es informado en la literatura (8, 39). Al respecto, cabe señalar que si bien se reconoce en la bibliografía la significativa asociación de estados humorales -especialmente ansiedad y depresión- con el desarrollo y mantenimiento del juego patológico, aún no se puede determinar una relación de causalidad (49).

Respecto de las preferencias del tipo de juego, en este estudio se encontró el predominio de la ruleta y las máquinas tragamonedas, pero se hallaron diferencias notables según el género, destacándose que mientras los hombres tienen de primera preferencia a la ruleta, siguiéndole las carreras y las barajas, las mujeres eligen prefe-

rentemente a las máquinas tragamonedas y al bingo. Los hallazgos difieren del estudio en Jugadores Anónimos de Las Vegas de Strachan y Custer (51) -en el que las mujeres prefirieron el video póquer-, y concuerdan con otras publicaciones que señalan que las mujeres son más propensas a los juegos de formas no estratégicas, tales como el bingo, la lotería y las tragamonedas (52) y que los hombres prefieren las carreras de caballos, galgos, y la ruleta (41). Es posible que variantes en la oferta, la accesibilidad y pautas culturales en los distintos países esté condicionando diferencias en los resultados que motiven futuros estudios.

La relación con el abuso de alcohol y/u otras sustancias merece comentario aparte. En el estudio se verificó una asociación significativa: el abuso de alcohol y/o sustancias se encuentra en alrededor de un tercio de la serie (31,4 %) encuestada y la condición de fumador en el 84 %. Similares hallazgos presentan Petry y Pietrzak (43) en una revisión de estudios de prevalencia del uso de sustancias entre los jugadores patológicos que buscan tratamiento. Este estudio aporta evidencia a favor de la mayor prevalencia del abuso de drogas y alcohol en la vida de los jugadores patológicos que buscan tratamiento en comparación con la población general. Para el resto de las sustancias tóxicas, los hallazgos también coinciden con lo informado por otros autores (7, 24). La coincidencia se nota especialmente respecto del porcentaje de consumo de cocaína, que en la serie alcanza el 9,7 %, mientras que Ladd y Petry informan que es del 5 al 8 %. En cuanto al consumo de nicotina, resalta que el consumo de nicotina encontrado en esta serie de jugadores es mayor que la de los otros estudios (37 % al 69 %) (35, 44). Al respecto, una nueva pregunta emerge del estudio y se relaciona con la posibilidad que semejante diferencia en el consumo de tabaco se deba a diferentes hábitos culturales (anglosajones vs. latinos) o a condicionamientos legislativos.

La asociación entre el abuso de sustancias y el juego es problemática. Por ejemplo, varía según se investigue la prevalencia de consumo de sustancias entre jugadores o se investigue la prevalencia de juego patológico entre abusadores de alcohol (30). La asociación varía también de acuerdo al tipo de sustancia y al grado de problema con el juego que se considere. En síntesis, la asociación depende de la selección de la muestra y de la definición de jugador patológico, de la gravedad de la adicción y del género. Independientemente de ello, tanto las referencias bibliográficas como los hallazgos del presente estudio orientan a recomendar que el clínico tenga en cuenta la asociación a los efectos de hacer un diagnóstico completo y de jerarquizar la prioridad de diferentes estrategias.

Si bien el estudio no tiene como finalidad el diagnóstico acabado de trastornos comórbidos teniendo en cuenta las limitaciones metodológicas del empleo exclusivo de encuestas, permitió obtener información valiosa sobre la percepción del propio jugador respecto de diversos síntomas. Así, se pudo verificar en los jugadores una importante percepción de la sintomatología depresiva en relación al juego que concuerda con informes de otros auto-

res, como por ejemplo, Linden y cols. (32) -72 % de cuadros depresivos a lo largo de la vida en Jugadores Anónimos- y Mc Cormick y cols. (39) -76 % en jugadores patológicos internados-.

La presencia de síntomas ansiosos y depresivos en esta serie de Jugadores Anónimos merece una consideración especial. La gran proporción de jugadores que informaron ese tipo de sintomatología es coincidente con información extranjera (18). El hallazgo en los integrantes del grupo de autoayuda de esta serie no debería ser sorprendente si se tiene presente que concurren voluntariamente y sin derivación de profesionales de salud mental. Dicho de otro modo, son sujetos que no reciben tratamiento específico de tipo psicológico o farmacológico por los problemas emocionales que coexisten con la problemática del juego patológico.

El estudio permite dimensionar y hacer comparaciones de un aspecto sumamente preocupante de la ludopatía: en la serie encuestada, el 58,1 % de jugadores informó haber presentado pensamientos de suicidio. El hallazgo es equivalente al reportado por McCormick y cols. (39), quien encontró que el 58 % de su muestra informó haber hecho preparativos, haber tenido un plan concreto, haber pensado un método específico o haber tenido pensamientos recurrentes de suicidio. También la proporción de sujetos que informaron intento de suicidio es similar: mientras en el presente estudio lo hizo el 10 %, en el trabajo de Mc Cormick y cols., el 12 % (39). El hallazgo local impone una cautela especial al terapeuta y exige esfuerzos para su detección en los planes preventivos a nivel poblacional.

En el presente estudio se encontraron diferencias entre hombres y mujeres respecto al perjuicio laboral: mientras el 64,4 % del género masculino informó haberlo sufrido, entre las mujeres sólo lo hizo el 17,6 %. Este hallazgo resulta contrastante con lo informado por García Martínez, Díaz Navarro y Aranda Romero (18), quienes observaron una afectación laboral igual en ambos géneros. El hallazgo realiza aportes para el perfeccionamiento de la evaluación clínica del paciente: no sólo debería ser tenida en cuenta la necesidad de intervención específica para el área psicosocial más afectada sino, también, la posibilidad de detectar factores de compensación activos en las áreas menos perjudicadas para estimular su aplicación más general.

Los resultados de éste estudio no pueden generalizarse a todos los jugadores, en cambio, permiten tener una imagen confiable de los individuos que pertenecen a grupos de Jugadores Anónimos, lo que es particularmente valioso pues estos pacientes no suelen consultar espontáneamente a profesionales de la salud. Gran parte de los hallazgos resultan congruentes con informaciones provenientes de otros países, pero algunos señalan particularidades locales -especialmente en las preferencias de juego y en la asociación con tabaquismo- que motivan futuros estudios y que configuran alertas para todos aquellos que trabajan en acciones de cualquier nivel de prevención del juego patológico ■

Referencias bibliográficas

1. Alonso Fernández F. *Las nuevas adicciones*. Madrid, TEA Ediciones, 2003.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition. Washington DC, American Psychiatric Association, 1994.
3. AZAJER. ¿Qué es la ludopatía? ¿Por qué seguimos jugando? Asociación Aragonesa de Jugadores de Azar en *Rehabilitación*, 2001. Disponible en: <http://www.azajer.com>
4. Becoña E. *El juego compulsivo en la comunidad Gallega*. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia.
5. Becoña E. *The prevalence of pathological gambling in Galicia, Spain*. Londres, Sociedad de Estudio del Juego, 1991.
6. Becoña E. Prevalencia del juego patológico en Galicia mediante el NODS. ¿Descenso de la prevalencia o mejor evaluación del trastorno? *Adicciones* 2004; 16: 173-183.
7. Black DW, Moyer T. Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior. *Psychiatr Serv* 1998; 49 (11): 1434-1439.
8. Blaszczynski A, McConaghy N. Anxiety and/or depression in the pathogenesis of addictive gambling. *Int J Addict* 1989; 24 (4): 337-350.
9. Bondolfi G, Ladouceur R. Pathological gambling: an increasing public health problem. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104 (4): 241-242.
10. Brown RIF. Pathological gambling and associated patterns of crime: Comparisons with alcohol and other drug addictions. *Journal of Gambling Behavior* 1987; 3 (2): 98-114.
11. Coello S. La Ludopatía. Disponible en <http://www.universalneus.net/juegospatologicos.htm>
12. Cuadrado Ibañez A, Sáiz Ruiz J. La Ludopatía: Una nueva enfermedad. Barcelona, Masson S.A., 2000.
13. Custer RL. Profile of the pathological gambler. *J Clin Psychiatry* 1984; 45 (12 Pt 2): 35-38.
14. Echeburúa Odriozola E, Báez Gallo C, Fernández Montalvo J, et al. Cuestionario de juego patológico de South Oaks (SOGS): validación española. *Análisis y Modificación de Conducta* 1994; 20 (74): 769-791.
15. Echeburúa Odriozola E, Fernández Montalvo J, Báez C. El juego patológico en España: Aportaciones de un equipo de investigación en la última década (1990-2000). *Revista de Psicología General y Aplicada* 2000; 53 (4):641-659.
16. Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA* 1984; 252 (14): 1905-1907.
17. García JB, Portilla MPG, Fernández MTB, et al. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 2ª ed. Barcelona, Psiquiatría Editores, 2002.
18. García Martínez J, Díaz Navarro C, Aranda Romero J. Trastornos asociados al juego patológico. *Anales de Psicología* 1993; 9 (1): 83-92.
19. Hayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry* 1974; 131(10): 1121-1123.
20. Hollander E, Buchalter AJ, DeCaria CM: Pathological gambling. *Psychiatr Clin North Am* 2000; 23 (3): 629-642.
21. Ibañez A, Blanco C, Donahue E, et al. Psychiatric comorbidity in pathological gamblers seeking treatment. *Am J Psychiatry* 2001; 158 (10): 1733-1735.
22. Ibañez A, Saiz Ruiz, J. Gamblers Anonymous: Sharing Recovery through Gamblers Anonymous. Los Angeles, Gamblers Anonymous Publishing, 1984.
23. Irurita IM. Estudio sobre la Prevalencia de los Juegos de Azar en Andalucía. Sevilla, Comisionado para la Droga, Consejería de Asuntos Sociales, Junta de Andalucía, 1996.
24. Ladd GT, Petry NM. A comparison of pathological gamblers with and without substance abuse treatment histories. *Exp Clin Psychopharmacol* 2003; 11 (3): 202-209.
25. Ladouceur R, Dube D, Bujold A. Prevalence of pathological gambling and related problems among college students in the Quebec metropolitan area. *Can J Psychiatry* 1994; 39 (5): 289-293.
26. Legarda JJ, Babio R, Abreu JM. Prevalence estimates of pathological gambling in Seville (Spain). *Br J Addict* 1992; 87 (5): 767-770.
27. Lesieur H. Prevalencia, características y tratamiento de los jugadores patológicos en Estados Unidos. *Psicología Conductual* 1993; I: 3389-4000.
28. Lesieur H, Andearson C. Results of a 1995 Survey of Gamblers Anonymous Members in Illinois. Evanston, Illinois Council on Problem and Compulsive Gambling, 1995.
29. Lesieur HR, Blume SB. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am J Psychiatry* 1987; 144 (9): 1184-1188.
30. Lesieur HR, Blume SB, Zoppa RM. Alcoholism, drug abuse, and gambling. *Alcohol Clin Exp Res* 1986; 10 (1): 33-38.
31. Lewis C, Bucollz K, Spitznagel E. Effects of gender and comorbidity on problem drinking in a community sample. *Alcohol Clin Exp Res* 1996; 20 (3): 466-476.
32. Linden RD, Pope HG Jr, Jonas JM. Pathological gambling and major affective disorder: preliminary findings. *J Clin Psychiatry* 1986; 47 (4): 201-203.
33. Lisansky ES. Alcoholism in women: social and psychological concomitants. *Q J Stud Alcohol* 1957; 18 (4): 588-623.
34. López Jiménez A. Proyecto de Investigación "Estudio de las Ludopatías en Aragón". Aragón, Convenio Universidad de Zaragoza y Diputación General de Aragón (Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo). Informe presentado a la DGA, 1999, pp 13.
35. Maccallum F, Blaszczynski A. Pathological gambling and comorbid substance use. *Aust N Z J Psychiatry* 2002; 36 (3): 411-415.
36. Mark ME, Lesieur HR. A feminist critique of problem gambling research. *Br J Addict* 1992; 87 (4): 549-565.
37. Martins SS, Lobo DS, Tavares H, et al. Pathological gambling in women: a review. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo* 2002; 57 (5): 235-242.

38. Martins SS, Tavares H, Lobo DS, et al. Pathological gambling, gender, and risk-taking behaviors. *Addict Behav* 2004; 29 (6): 1231-1235.
39. McCormick RA, Russo AM, Ramirez LF, et al: Affective disorders among pathological gamblers seeking treatment. *Am J Psychiatry* 141:215, 1984
40. McCready WC. Applying Sampling Procedures. En: Leong FTL, Austin JT, editors. *The Psychology Research Handbook: A guide for graduate students and research assistants*. Thousand Oaks, Sage Publications, 2006. p. 149
41. Moran E. Problemas psiquiátricos especiales relacionados con el juego. En: Gelder MG, López-Ibor Aliño JJ, Nancy A, editores. *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Ars Médica; 2003.
42. Moreno Oliver I, Saiz Ruiz J, López-Ibor Aliño J. Aspectos Clínicos y Evolutivos de la Ludopatía. Conferencia 8-CI-A. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa8/conferencias/8_ci_a.htm
43. Petry NM, Pietrzak RH. Comorbidity of substance use and gambling disorders. En: Kranzler HR, Tinsley J, editors. *Dual diagnosis and psychiatric treatment: substance abuse and comorbid disorders*. 2ª ed. New York: Marcel Dekker; 2004. p. 437.
44. Petry NM. *Pathological Gambling: Etiology, Comorbidity, and Treatment*. Washington D.C., American Psychological Association, 2005.
45. Piazza N, Vrbka, J, Yeager, R. Telescoping of alcoholism in women alcoholics. *Int J Addiction* 1989; 24 (1): 19-28.
46. Polit DF, Hungler BP. *Investigación científica en ciencias de la salud*. México, McGraw-Hill Interamericana Editores, 1997.
47. Potenza MN, Kosten TR, Rounsaville BJ. Pathological gambling. *JAMA* 2001; 286 (2): 141-144.
48. Potenza MN, Steinberg MA, McLaughlin SD, et al. Illegal behaviors in problem gambling: analysis of data from a gambling helpline. *J Am Acad Psychiatry Law* 2000; 28 (4): 389-403.
49. Raylu N, Oei TP. Pathological gambling. A comprehensive review. *Clin Psychol Rev* 2002; 22 (7): 1009-1061.
50. Shaffer HJ, Hall MN, Vander Bilt J. Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: a research synthesis. *Am J Public Health* 1999; 89 (9): 1369-1376.
51. Strachan ML, Custer RL. Female compulsive gamblers in Las Vegas. En: Eadington WR, Cornelius JA, editors. *Gambling Behaviour and Problem Gambling*. Reno: Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming; 1993. p. 235-238.
52. Tavares H, Zilberman ML, Beites FJ, et al. Gender differences in gambling progression. *J Gambl Stud* 2001; 17 (2): 151-159.
53. Volberg RA, Steadman HJ. Prevalence estimates of pathological gambling in New Jersey and Maryland. *Am J Psychiatry* 1989; 146 (12): 1618-1619.
54. Volberg RA, Steadman HJ. Refining prevalence estimates of pathological gambling. *Am J Psychiatry* 1988; 145 (4): 502-505.
55. WHO. *International Statistical Classification of Diseases and related Health Problems*. 10th revision. Geneva, World Health Organization, 1992.



SIRR

Sistema Integrado de Rehabilitación y Reinserción

Un sistema organizado por módulos de complejidad creciente, para el tratamiento, rehabilitación, prevención de recaídas, reinserción social y laboral de pacientes con trastornos mentales.

El sistema integra dispositivos en las diversas actividades moduladas:

- Residencia
- Rehabilitación clínica
- Reinserción y capacitación laboral
- Enclaves laborales
- Micro emprendimientos
- Empresa social

Av. Juan de Garay 1450 C1153ABY, Buenos Aires, Argentina. Tel: 4305-2272

Pág web: www.sirrsa.com.ar

Email info@sirrsa.com.ar

¿Cómo tratan los psiquiatras argentinos la depresión?

Encuesta a una muestra de 402 psiquiatras acerca de sus hábitos prescriptivos para el tratamiento farmacológico

Eduardo A. Leiderman

*1ra Cátedra de Farmacología; Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.
Paraguay 2155, Piso 15. CP 1113. Buenos Aires, Argentina.
E-mail: edule@psi.uba.ar*

Martín Nemirovsky

1ra Cátedra de Farmacología; Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

Irene Elenitza

1ra Cátedra de Farmacología; Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

Gabriela Jufe

1ra Cátedra de Farmacología; Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

Santiago Levin

1ra Cátedra de Farmacología; Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

Silvina Mazaira

1ra Cátedra de Farmacología; Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

Alexis Mussa

1ra Cátedra de Farmacología; Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

Silvia Wikinski

1ra Cátedra de Farmacología; Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

Resumen

Objetivo: el objetivo de este estudio fue conocer los hábitos prescriptivos de los psiquiatras argentinos en el tratamiento farmacológico de la depresión mayor y observar las semejanzas y/o diferencias con algunos consensos o guías de tratamiento.

Metodología: se aplicó una encuesta semiestructurada de 18 ítems a 402 psiquiatras que concurren a un congreso de la especialidad en octubre de 2005. **Resultados:** el 88,2 % de los psiquiatras encuestados considera que se debe tratar farmacológicamente a todo paciente que presenta un episodio depresivo mayor. Los antidepresivos más utilizados en pacientes ambulatorios fueron la paroxetina, la sertralina y la fluoxetina, agregándose la venlafaxina en el caso de pacientes internados. La mayoría de los psiquiatras sigue indicando antidepresivos durante 12 a 24 meses una vez remitido el primer episodio depresivo, sin cambiar la dosis. La estrategia de potenciación más empleada es el agregado de un segundo antidepresivo, mientras que una minoría ha utilizado el litio o la hormona tiroidea. La asociación de antidepresivos más utilizada fue la de antidepresivos duales e ISRS. Existen diferencias de hábitos prescriptivos según factores personales de los profesionales. **Conclusiones:** se observaron algunas discrepancias entre la práctica clínica y las guías de tratamiento. Es necesario explorar las causas de estas discrepancias a fin de implementar mecanismos para disminuir estas diferencias.

Palabras clave: Depresión Mayor - Encuesta - Hábitos prescriptivos - Tratamiento farmacológico - Guías de consenso.

HOW DO ARGENTINEAN PSYCHIATRISTS TREAT DEPRESSION?

Summary

Objective: The objective of this study was to examine the prescribing practices of Argentinean psychiatrists in the treatment of major depression and to observe similarities and/or differences with some consensus or treatment guidelines.

Methodology: Four hundred two psychiatrists were surveyed during a specialty meeting in October 2005. **Results:** A total of 88.2 % of psychiatrists surveyed considered that every depressed patient must be treated with medication. The most prescribed antidepressants for outpatients were paroxetine, sertraline and fluoxetine. Venlafaxine was included for inpatients. The majority of psychiatrists indicated antidepressant therapy lasting from 12 to 24 months after remission of the first depressive episode. Antidepressant dosages remained unchanged during that period. A low percentage had used lithium or thyroid hormones as augmentation medications, the addition of other antidepressant being the most used augmentation strategy. The most prescribed antidepressant combination was dual antidepressants and SSRIs. Prescribing practices differed according to personal factors of the physicians. **Conclusions:** Discrepancies between clinical practice and treatment guidelines were observed. Further research over the underlying causes of these discrepancies and mechanisms to reduce them are necessary.

Key words: Major Depression - Survey - Prescribing practices - Pharmacological treatment - Guidelines.

Introducción

En los últimos años se ha encendido el debate acerca de la medida en que los conocimientos teóricos de los profesionales de la salud encuentran correlato con su práctica en el "mundo real". Estas diferencias interpelan por un lado la formación de dichos profesionales, pero por el otro también cuestionan la validez y adecuación de los conocimientos disponibles a las condiciones actuales del ejercicio profesional.

Los cambios de actitudes en la práctica clínica siguen una dinámica que no acompaña el ritmo de la adquisición del conocimiento científico. Entre los factores que pueden condicionar los hábitos prescriptivos pueden mencionarse, por un lado, factores personales del profesional tratante y, por el otro, a los condicionantes sociales. Entre los primeros cabe enumerar la experiencia propia o de colegas cercanos, la adherencia personal a protocolos de tratamiento y la actualización y solidez de las formaciones de pre y posgrado. Entre los factores dependientes del entorno socioeconómico en que se desarrolla la práctica pueden identificarse, entre otros, los prejuicios y/o la aceptación social del tratamiento farmacológico y la disponibilidad de distintos fármacos en el medio en que se desarrollan los tratamientos.

En las últimas décadas han aparecido tanto a nivel nacional como internacional numerosas guías y consensos de tratamiento psicofarmacológico (2, 13, 14, 15, 23, 24, 28, 31). Éstos tratan de formalizar y ordenar la estrategia psicofarmacológica en base a la evidencia científica, al razonamiento clínico y a la medicación disponible en el lugar. Sin embargo, se observan diferencias entre lo recomendado y lo prescripto en el "mundo real" (22). En algunos casos, se debe a la inadecuación temporal de las recomendaciones (las guías se renuevan en forma infrecuente), a los obstáculos para su implementación (por ejemplo, la ausencia local de algunos fármacos), o a la dificultad de los psiquiatras para adherir a recomendaciones en detrimento de su usanza, costumbre o hábito prescriptivo.

Conocer las diferencias entre lo recomendado y lo que efectivamente se hace permitiría identificar los tópicos que deben ser especialmente incluidos en los programas de formación y de educación médica continua, o por el contrario aquellos que deben ser revisados y enmendados en las guías y en los consensos.

Hasta la fecha, no se ha estudiado la forma en que la mayoría de los psiquiatras de Argentina medican a los pacientes con depresión mayor. Por ello, desarrollamos una encuesta que tuvo como objetivo conocer las modalidades y hábitos prescriptivos de los psiquiatras argentinos en el tratamiento de los pacientes afectados con este trastorno.

Metodología

Instrumento para la recolección de datos

Se utilizó una encuesta anónima y semiestructurada organizada en dos secciones (ver Anexo 1). La primera sección recogía datos demográficos que permiti-

an caracterizar a la población encuestada y a su práctica profesional. La segunda incluía 18 ítems que exploraban los hábitos prescriptivos del encuestado para el tratamiento de la depresión mayor. La referencia nosológica invocada fue la formulada en la 4ª edición del manual de la American Psychiatric Association (1) debido a que es la que con más frecuencia se utiliza para la realización de los ensayos clínicos que fundamentan las guías de tratamiento y los consensos de expertos que nos proponíamos contrastar con la práctica clínica habitual en nuestro país. Se exploraron las prácticas habituales para el tratamiento de un episodio depresivo agudo, de la depresión resistente, de la depresión psicótica y para el manejo a largo plazo del trastorno depresivo mayor.

Aplicación de la encuesta

La muestra encuestada se tomó entre los asistentes al 12º Congreso de la Asociación Argentina de Psiquiatras, realizado en la ciudad de Buenos Aires, Argentina, entre los días 25 y 28 de octubre de 2005.

La respuesta a la encuesta fue voluntaria, y era solicitada por encuestadoras especialmente entrenadas, en los lugares de circulación de profesionales en el congreso: lobby, área de secretaría, entradas a los salones donde se realizaron los simposios o las conferencias plenarias, etc. El formulario de la encuesta era completado por la encuestadora a partir de las respuestas proporcionadas por el encuestado.

Procesamiento de los datos

Las respuestas obtenidas fueron volcadas en una base de datos para el procesamiento estadístico. Se utilizó para ello el programa Excel. Posteriormente los datos fueron analizados con el programa SPSS 10.0 para Windows.

Se efectuaron dos tipos de operaciones con los datos obtenidos. En primera instancia se expresaron los datos en términos de porcentaje. Para el análisis de ciertas variables se utilizaron la prueba de *t de student* para datos independientes y la prueba de *Chi cuadrado* según correspondiese.

Resultados

Datos demográficos

Se encuestó a 402 psiquiatras asistentes al congreso. Los datos demográficos de los profesionales encuestados se encuentran en la tabla 1.

Uso de antidepresivos

El 88,2 % de los médicos encuestados dijo que se debe indicar antidepresivos a todo paciente con depresión mayor unipolar que no tenga contraindicaciones para la utilización de los mismos. No existieron diferencias significativas en la utilización de antidepresivos según el principal área de actividad psiquiátrica ($X^2(2) = 3,64; p = 0,16$).

Tabla 1 Datos demográficos de la muestra encuestada (N = 402)	
Edad (años)	
Media \pm desvío estándar	42,5 \pm 12
Rango	24 - 74
Sexo (%)	
Hombres	46,4
Mujeres	53,6
Años de actividad profesional	
Media \pm desvío estándar	14 \pm 11
Rango	0,5 - 48
Lugar principal de práctica profesional (%)	
Hospital público	29,6
Hospital o clínica privados	8,4
Consultorio particular	14,7
Hospital público y consultorio particular	17,7
Hospital público y hospital o clínica privados	7,8
Hospital o clínica privados y consultorio particular	14,7
Hospital público y hospital o clínica privados y consultorio particular	8,6
Área principal de actividad profesional (%)	
Psicofarmacológica	22,5
Psicoterapéutica	5,6
Ambas	71,9

Al interrogar acerca de los antidepresivos utilizados con mayor frecuencia, tanto en pacientes ambulatorios (ítem 2 de la encuesta) como en los internados (ítem 3), se solicitó la mención de 3 fármacos sin indicación de orden jerárquico entre ellos. Por esta razón los porcentajes obtenidos no suman 100 %. Los antidepresivos utilizados con más frecuencia en el tratamiento inicial de pacientes depresivos ambulatorios fueron: paroxetina (elegida por el 62,4 % de los individuos), sertralina (59,4 %) y fluoxetina (45,7 %). Con una frecuencia menor y en forma descendente fueron elegidos la venlafaxina y el citalopram (29,8 %), el escitalopram (20,9 %), la clorimipramina (6,4 %), la mirtazapina (8,7 %), la amitriptilina (4,2 %) y la imipramina (1 %).

En cambio, los antidepresivos usados con mayor frecuencia en el tratamiento de pacientes depresivos internados resultaron ser: paroxetina (38,5 %), venlafaxina (38,3 %), sertralina (36,8 %) y fluoxetina (33,8 %). Con menor frecuencia fueron elegidos la clorimipramina (18,4 %), la mirtazapina (15,1 %), la amitriptilina (14,1 %), y la imipramina (3,7 %).

Forma de utilización

El 42,8 % dijo que mantiene la dosis mínima efectiva del antidepresivo durante el tiempo de latencia, el 44,4 % dijo que la aumenta sin llegar a la dosis máxima durante ese tiempo, mientras que sólo el 12,8 % la aumenta y llega a la dosis máxima durante ese período.

El 8,8 % de los encuestados espera hasta 2 semanas para considerar la ausencia o presencia de eficacia, el 48,5 % 4 semanas, el 28 % 5 a 6 semanas, el 10,5 % 7 a 8 semanas, y el 4,2 % más de 8 semanas.

Uso de antidepresivos en la fase de continuación luego de un primer episodio

Una vez remitido un primer episodio depresivo, la mayoría de los encuestados sigue indicando antidepresivos durante 12 a 24 meses. El 3,7 % lo hace durante menos de 6 meses, el 29 % durante 6 a 11 meses, el 54,2 % durante 12 a 24 meses y el 10 % durante más de 24 meses. Un 3,2 % de los psiquiatras encuestados no suspende nunca los antidepresivos luego de un primer episodio de depresión mayor.

El 58,9 % de los psiquiatras no cambia la dosis del antidepresivo durante la fase de continuación, mientras que el resto la disminuye.

Tratamiento farmacológico ante casos de respuesta parcial o falta de respuesta

El 66,9 % de los profesionales de nuestra muestra cambia por un antidepresivo dual en caso de que el paciente no responda a un tratamiento inicial con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, el 25,7 % vuelve a utilizar otro ISRS, el 6,8 % un antidepresivo tricíclico, y un 0,5 % otros.

El 39,3 % de los encuestados había usado alguna vez litio como potenciador de los antidepresivos, el 22,1 % había usado hormona tiroidea como potenciadora y el 58,8 % había utilizado otros antidepresivos.

En caso de respuesta parcial a dosis máxima en un primer intento de tratamiento, el 53,6 % de los encuestados prefería inicialmente cambiar de antidepresivo; un 21,4 % prefería potenciar con otro antidepresivo, un 17,8 % con un antipsicótico atípico, un 5,3 % con litio y un 1,1 % con hormona tiroidea.

La combinación de antidepresivos fue interrogada más específicamente: el 28,5 % dijo que no combina antidepresivos, el 63,3 % dijo que combina hasta 2, y sólo el 8,1 % afirmó que combina hasta 3 o más antidepresivos. La asociación más frecuentemente usada fue la de antidepresivos duales e ISRS (por el 32,8 % de los encuestados), seguida por los ISRS y los antidepresivos tricíclicos (10,9 % de los encuestados) y por los ISRS y bupropión (8,5 % de los encuestados).

Tratamiento de la depresión mayor unipolar con síntomas psicóticos

El 81 % de los psiquiatras encuestados usa preferentemente en estos casos la combinación de antidepresivos y antipsicóticos, el 10,5 % sólo usa antidepresivos y el 8,5 % sólo antipsicóticos.

Valoración del costo de la medicación

La gran mayoría (92,3 %) le asigna un grado de importancia intermedio y alto al costo económico del antidepresivo que se le indica a un paciente de clase media.

Uso e indicación de terapia electroconvulsiva

Sólo el 31,7 % de los psiquiatras encuestados había utilizado alguna vez la terapia electroconvulsiva para sus pacientes. Al ser interrogado acerca de si la utilizarían en alguna ocasión el 76,6 % afirmó que la indicaría.

Diferencias de hábitos prescriptivos según sexo, edad, años de práctica profesional y área de actividad

Hemos observado diferencias de sexo en relación con la elección de los fármacos para potenciar la acción de los antidepresivos. Las mujeres tienden a utilizar las hormonas tiroideas en mayor proporción que los hombres (mujeres 26,9 % vs. hombres 18,8 %; $X^2(1) = 4,29$; $p = 0,038$). Los hombres, en cambio, utilizan en mayor proporción los antidepresivos (hombres 67 % vs. mujeres 52,6 % $X^2(1) = 8,35$; $p = 0,04$).

Por otro lado, cuando se exploró el tiempo hasta evaluar la respuesta al tratamiento, y la conducta durante la fase de continuación, los parámetros demográficos que parecieron relacionados fueron la edad y los años de ejercicio profesional. Los psiquiatras que esperan menos de 4 semanas la respuesta del antidepresivo tienen en promedio mayor edad ($43 \pm 12,8$ años) que aquellos que esperan 4 o más semanas (edad = $41,8 \pm 12$ años; $t(395) = 2$; $p = 0,04$). Los que disminuyen la dosis del antidepresivo durante la fase de continuación tienen mayor edad (45 años) y mayor cantidad de años de práctica profesional ($16,7 \pm 11,9$ años) que los que mantienen la misma dosis de la medicación (edad: 40,2 años; años de práctica profesional: $11,9 \pm 11$ años; $t(384) = -4,1$; $p < 0,001$; $t(369) = -3,9$; $p < 0,001$ respectivamente).

La elección de la terapia electroconvulsiva como estrategia terapéutica parece estar condicionada por el área principal de actividad profesional. Sólo un 57,1 % de psiquiatras que trabajan en el área psicoterapéutica tienden a considerar a la terapia electroconvulsiva como estrategia de tratamiento, en comparación con el 83 % de aquellos cuya principal área de actividad es la psicofarmacología ($X^2(2) = 7,2$; $p = 0,007$).

El uso efectivo de la terapia electroconvulsiva resultó distinto según la edad, los años de actividad profesional y el sexo. Los que habían indicado ya este tipo de tratamiento eran mayores en edad ($48 \pm 12,2$ años vs. $39,7 \pm 11,4$ años; $t(386) = 6,5$; $p < 0,001$) y tenían más años de actividad profesional ($19 \pm 12,1$ años vs. $11,5 \pm 10,6$ años; $t(371) = 6$; $p < 0,001$). Mientras que el 40,4 % de los hombres encuestados lo había utilizado alguna vez, sólo el 24,8 % de las mujeres lo había hecho ($X^2(1) = 10,5$; $p = 0,001$).

Discusión

Nuestra encuesta permite conocer cuáles son los hábitos prescriptivos de una muestra considerable de médicos psiquiatras de nuestro país para el tratamien-

to de la depresión mayor. Estos hábitos se adecuan parcialmente a algunas guías de tratamiento y consensos internacionales. Mientras que algunos ítems son respondidos por la mayoría en concordancia con las recomendaciones de las guías, otros no. Es de destacar que las guías de tratamiento utilizadas en nuestro trabajo para la comparación con los hábitos prescriptivos son constructos desarrollados sistemáticamente, en un formato estandarizado, que presentan estrategias para el cuidado de los pacientes con el objetivo de ayudar a los psiquiatras en la toma de decisiones clínicas. Dichos constructos utilizan evidencia de distinta categoría según consistencia y calidad científica, siendo el ensayo clínico aleatorizado, con doble ciego el de mayor jerarquía y valor. Las comunicaciones personales, opiniones, informes de casos son consideradas evidencias de menor consistencia científica.

La gran mayoría considera que se debe utilizar la estrategia farmacológica en todo paciente que padezca depresión mayor. Esto se observó también en un estudio realizado en los Estados Unidos en el cual el 79,4 % de los pacientes con depresión había sido medicado con antidepresivos (21). Sin embargo, algunos consensos (2,15) estiman que la depresión leve o moderada puede recibir un tratamiento psicoterapéutico como única estrategia, al menos inicialmente. La guía inglesa afirma que los antidepresivos no son superiores al placebo en los pacientes con depresión leve cuyo puntaje en la escala de Hamilton es menor de 18 puntos (15). Si bien la conducta de los psiquiatras argentinos se podría explicar por una supuesta mayor experiencia y facilidad de uso de la estrategia psicofarmacológica, es interesante que no existe una utilización significativamente menor del tratamiento psicofarmacológico entre aquellos cuya área de actividad principal es la psicoterapia.

Los antidepresivos más utilizados en la práctica ambulatoria para el tratamiento de la depresión mayor fueron la paroxetina, la sertralina y la fluoxetina. Este dato coincide con lo mencionado por los propios pacientes en una encuesta realizada recientemente en la población general de la ciudad de Bs. As. (17). En el caso del tratamiento de pacientes internados (y por consiguiente más severos) la venlafaxina se incorpora al grupo de antidepresivos más utilizados, y a su vez, los antidepresivos tricíclicos se utilizan en mayor proporción. Existen varios estudios que muestran una mayor eficacia de la venlafaxina (11, 29) y de los antidepresivos tricíclicos (4) en el tratamiento de las depresiones severas. Sin embargo, otros autores no pudieron confirmar estas observaciones (16, 25).

La mayoría de los encuestados aumenta la dosis del antidepresivo durante las semanas de la latencia. La guía elaborada por Trivedi y cols. indica utilizar la menor dosis posible y sólo aumentar a las 4 semanas de no observar ninguna respuesta (28). Otras guías no hacen ninguna recomendación específica acerca de este tema (2, 13, 15).



Un hallazgo singular es que los individuos que tienen menor edad y por consiguiente menor cantidad de años de práctica profesional, no disminuyen la dosis del antidepresivo durante la fase de continuación. Asimismo, la edad de los que esperan 4 o más semanas la presencia o ausencia de eficacia es significativamente menor que la de los que esperan menos de 4 semanas. Estos hallazgos pueden deberse a la educación de posgrado recibida en los primeros años de formación. Hace más de 15 años, la mayoría de los libros de texto recomendaba esperar 4 semanas la respuesta antidepresiva y disminuir la dosis del antidepresivo en la fase de continuación (5, 9). Este criterio cambió luego en función de estudios controlados que demostraron que era preferible esperar más de 4 semanas la respuesta antidepresiva y mantener la misma dosis durante esa etapa del tratamiento (6). Es factible que los profesionales con más años de ejercicio continúen guiando su modalidad prescriptiva por lo aprendido en los años de formación. Esto enfatiza la necesidad de contar con sistemas de educación médica continua para los especialistas y de control de la misma por parte de las autoridades médicas para asegurar un nivel homogéneo de conocimientos en la especialidad.

La duración de la fase de continuación que elige la mayoría de los psiquiatras para pacientes cursando su primer episodio depresivo es de 12 a 24 meses. Este período es mayor que el recomendado por algunas guías de tratamiento internacionales que indican una duración de 4 a 12 meses (2, 13, 15, 28).

Otro dato relevante de nuestra encuesta es que ante la respuesta parcial la mayoría de los psiquiatras utiliza con mayor frecuencia un segundo antidepresivo como potenciador del tratamiento, en desmedro del litio o la hormona tiroidea que son elegidos sólo por el 5,3 % y el 1,1 % de los encuestados respectivamente. Esta práctica estaría en contraposición con la evidencia científica de su eficacia (8) y con las guías actuales de tratamiento, que dan suma importancia al litio como potenciador (2, 28). El uso de la hormona tiroidea como potenciador es indicado en abundantes referencias bibliográficas, entre ellas un metaanálisis (2, 3, 28), aunque su eficacia ha sido puesta en duda por la guía británica del tratamiento para la depresión (15). Sin embargo, en un estudio reciente, se observó que la hormona tiroidea produce una mejoría levemente superior a y es mejor tolerada que el litio (20).

Respecto de la práctica más difundida entre los psiquiatras encuestados, es de hacer notar que el uso de un segundo antidepresivo como potenciador ha sido evaluado en algunos trabajos. Las combinaciones más estudiadas son la de ISRS con antidepresivos tricíclicos (19), con bupropión (27) y con mirtazapina (10). Recientemente se observó que la combinación de venlafaxina con mirtazapina es más conveniente que la tranilcipromina sola en pacientes que no habían respondido o tolerado tratamientos previos de antidepresivos (18).

La utilización de la combinación de antidepresivos y antipsicóticos en el tratamiento de la depresión psicótica guarda consonancia con lo establecido en las

guías de tratamiento. Sin embargo, recientemente se ha puesto en duda la mayor eficacia de la combinación de ambos fármacos en relación a la monoterapia con antidepresivos (32).

El uso de la terapia electroconvulsiva por sólo el 31,7 % de los psiquiatras, a pesar de que el 76,6 % afirma que la usaría, sugiere que su implementación en nuestro país es difícil, probablemente debido a razones administrativas, económicas o de prejuicio y estigma. Por otra parte, el hecho de que los hombres y los psiquiatras de mayor edad son los que más lo han utilizado sugiere, más allá de un aumento de la probabilidad de uso por mayor antigüedad profesional, la influencia de factores personales del psiquiatra en la elección de esta estrategia terapéutica. Los datos recogidos en nuestra encuesta no nos permiten conocer con precisión el perfil personal de quienes la utilizan o de quienes no lo hacen. Sería necesario revisar estos factores que al parecer dificultan la aplicación de un método de tratamiento con indicaciones precisas y fuertemente avalado por la experiencia clínica y la evidencia científica (30).

En nuestro estudio hallamos que las mujeres utilizan como potenciadores del tratamiento antidepresivo a las hormonas tiroideas en mayor proporción y a los antidepresivos en menor proporción en comparación con los hombres. Estas diferencias de prescripción según sexo u otros factores personales se han hallado en otros estudios (12), aunque sobre sus motivos solo hay especulaciones: podría ser que los hombres utilizaran más los antidepresivos como potenciadores porque son más propensos a utilizar nuevas estrategias terapéuticas que las mujeres y por ende, son menos conservadores en sus prescripciones, como lo señala un estudio realizado en Canadá sobre 1661 médicos (26).

La discrepancia observada entre las guías establecidas y la práctica clínica ha sido detectada en otros estudios (22). Este fenómeno puede deberse a que el clínico no usa sólo el conocimiento científico para prescribir un medicamento, sino también su experiencia profesional (dada por su propia experiencia personal y el relato de colegas), el contexto del paciente (como su sexo, edad, raza, salud física, historia clínica, clase socioeconómica), el contexto ambiental (como la cantidad de visitas, el lugar de atención) y la presión del marketing y la propaganda de los laboratorios. A su vez el clínico tiende a subestimar la influencia del azar y tiende a evitar la ambigüedad

para tomar decisiones (22). Un trabajo realizado entre médicos generales demostró que la identificación y el análisis de los obstáculos que cada profesional tiene para la implementación de las recomendaciones incluidas en guías para el tratamiento de la depresión mejoran la adherencia a las mismas (7).

Nuestro estudio tiene ciertas limitaciones: dado que la encuesta se realizó en un congreso de la especialidad en Buenos Aires, la muestra presenta el sesgo de estar compuesta por psiquiatras que viven mayoritariamente en esa ciudad y sus alrededores, y que a su vez tuvieron la motivación de concurrir a ese evento. Sin embargo, la gran cantidad de personas encuestadas podría compensar en cierta medida esta limitación. Por otra parte, las respuestas en la encuesta eran de tipo cerrado, lo que impedía dar respuestas distintas a las propuestas por los investigadores. Esto puede haber limitado la variabilidad de los hábitos prescriptivos hallados en la muestra estudiada. De todas maneras, se tomaron especiales precauciones para que las distintas respuestas preestablecidas comprendiesen el abanico más vasto de respuestas posibles para el tema interrogado. Por último, las guías de tratamiento con las que se compararon los resultados obtenidos en nuestro trabajo son sólo una parte del total publicado. Su elección se basó en el prestigio y rigurosidad científica de las asociaciones que las avalan y en la difusión que tienen en nuestro medio. Las guías mencionadas no son documentos definitivos, sino que están en continua revisión. Sería deseable que se confeccionen guías en nuestro país que contemplen la particularidad de nuestra práctica clínica.

En definitiva, nuestro estudio es el primero que muestra los hábitos prescriptivos en el tratamiento de la depresión mayor de psiquiatras argentinos. Sería interesante que se realizaran nuevos trabajos para poder dilucidar los diferentes motivos que producen las diferencias de dichos hábitos con las guías y consensos internacionales. Asimismo, se deberán realizar más esfuerzos para poder acercar las nuevas estrategias terapéuticas a toda la comunidad de psiquiatras.

Agradecimientos

Agradecemos a las autoridades del 12º Congreso de la Asociación Argentina de Psiquiatras la autorización para tomar esta encuesta entre los asistentes.

Parte de este trabajo fue financiado con el subsidio M013 (UBACYT 2004-2007) ■

Anexo 1

Encuesta aplicada a psiquiatras asistentes a un congreso nacional en Argentina

Estimado colega:

Esta es una encuesta anónima. Si bien es difícil generalizar en el tratamiento de pacientes con trastornos psiquiátricos, le pedimos que para esta encuesta tenga en cuenta un paciente promedio. El objetivo de esta encuesta es evaluar hábitos prescriptivos en el trastorno depresivo unipolar y no conocimientos teóricos. Por lo tanto solicitamos que conteste lo que *realmente hace* en su práctica clínica.

DATOS DEL ENCUESTADO

Edad:

Sexo:

- Masculino
- Femenino

Años de actividad psiquiátrica profesional:

Principal lugar de actividad clínica:

- Hospital Público
- Hospital ó Clínica Privada
- Consultorio

Principal área de actividad psiquiátrica:

- Psicofarmacológica
- Psicoterapéutica
- Ambas

ENCUESTA

1) ¿Considera que se debe indicar antidepresivos a todo paciente con Depresión Mayor Unipolar (DSM IV) que no tenga contraindicaciones?

- Si
- No

2) ¿Cuáles son los 3 antidepresivos que usted utiliza con más frecuencia en el tratamiento inicial de pacientes depresivos ambulatorios? (nombre de la droga):

1. 2. 3.

3) ¿Cuáles son los 3 antidepresivos que usted utiliza con más frecuencia en el tratamiento inicial de pacientes depresivos internados? (nombre de la droga)

1. 2. 3.

4) Habiendo indicado un antidepresivo determinado ¿cuántas semanas espera para considerar la ausencia o presencia de eficacia?

- 1 2 3 4 5 6 7 8 más semanas

5) Durante el tiempo de latencia:

- Mantiene la dosis mínima efectiva
- La va aumentando sin llegar a dosis máxima
- La va aumentando y llega a la dosis máxima

6) Si usted inició el tratamiento con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) y el paciente no responde, usted cambia por:

- Otro ISRS?
- Un antidepresivo dual?
- Un antidepresivo tricíclico?
- Otros? (aclarar):

7) ¿Ha usado litio como potenciador del antidepresivo?

- Si
- No

8) ¿Ha usado hormona tiroidea como potenciadora del antidepresivo?

- Si
- No

9) ¿Ha usado otro antidepresivo como potenciador?

- Si
- No

10) En caso de respuesta parcial a dosis máxima en un primer intento de tratamiento, usted prefiere inicialmente (elijá sólo una opción):

- Potenciar con hormona tiroidea
- Potenciar con litio
- Agregar otro antidepresivo
- Cambiar de antidepresivo
- Potenciar con antipsicótico atípico
- Otra (aclarar):

11) ¿Hasta cuántos antidepresivos combina ?

- No combina 2 3 4 5

12) Señale la asociación de antidepresivos que usted utiliza más frecuentemente:

- Antidepresivos Tricíclicos (ATC) + ISRS*
- ISRS + ISRS*
- Dual + ISRS*
- Dual + dual*
- ISRS + bupropión*
- Otra (aclarar):*
- No utiliza asociación*

13) Una vez obtenida la remisión de un primer episodio de Depresión Mayor Unipolar (DSM IV), usted mantiene el tratamiento farmacológico por lo menos:

- 2 meses*
- 4 meses*
- 6 meses*
- 8 meses*
- 10 meses*
- 12 meses*
- 18 meses*
- 24 meses*
- 5 años*
- no suspende nunca*

14) Si no hay efectos adversos, usted mantiene la dosis del antidepresivo luego de la remisión:

- En la misma dosis*
- Disminuye la dosis*

15) A un paciente con Depresión Mayor Unipolar (DSM IV) con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo usted le da preferentemente:

- Antidepresivo*
- Antipsicótico*
- Antidepresivo + antipsicótico*

16) ¿Cuál es el grado de importancia que le asigna al costo del antidepresivo en el tratamiento de un paciente de clase media?

- Alto*
- Intermedio*
- Bajo*
- Nulo*

17) ¿Ha indicado tratamiento electroconvulsivo (TEC) alguna vez?

- Si* *No*

18) ¿Utilizaría TEC alguna vez?

- Si* *No*

**MUCHAS GRACIAS
POR SU PARTICIPACIÓN**

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington DC, American Psychiatric Association, 1994.
- American Psychiatric Association. Work Group on Major Depressive Disorder: Practice Guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (Revision). *Am J Psychiatry* 2000; 177 (4) Suppl: 1-45.
- Altshuler LL, Bauer M, Frye MA et al. Does Thyroid supplementation accelerate tricyclic antidepressant response? A review and meta-analysis of the literature. *Am J Psychiatry* 2001; 158 (10): 1617-1622.
- Anderson IM, Tomenson BM. The efficacy of selective serotonin re-uptake inhibitors in depression: a meta-analysis of studies against tricyclic antidepressants. *J Psychopharmacol* 1994; 8 (4): 238-249.
- Arana GW, Hyman SE. Handbook of Psychiatric Drug Therapy. Second Edition. Boston, Little Brown and Company, 1991.
- Arana GW, Rosenbaum JF. Handbook of Psychiatric Drug Therapy. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
- Baker R, Reddish S, Robertson N et al. Randomised controlled trial of tailored strategies to implement guidelines for the management of patients with depression in general practice. *Br J Gen Pract* 2001; 51: 737-741.
- Bauer M, Bschor T, Kunz D et al. Double-blind, placebo controlled trial of the use of lithium to augment antidepressant medication in continuation treatment of unipolar major depression. *Am J Psychiatry* 2000; 157 (9): 1429-1435.
- Bueno J, Sabanés F, Salvador L, Gascón J. Psicofarmacología clínica. Barcelona, Salvat Editores, 1985.
- Carpenter L, Yasmin S, Price LH. A double-blind, placebo-controlled study of antidepressant augmentation with mirtazapine. *Biol Psychiatry* 2002; 51 (2): 183-188.
- Clerc GE, Ruiny P, Verdeau-Polles J. A double-blind comparison of venlafaxine and fluoxetine in patients hospitalized for major depression and melancholia. *Int Clin Psychopharmacol* 1994; 9 (3): 139-143.
- Davidson W, Molloy DW, Somers G et al. Relation between physician characteristics and prescribing for elderly people in New Brunswick. *CMAJ* 1994; 150 (6): 917-921.
- Fochtmann L, Gelenberg A. Guideline Watch: Practice guideline for the treatment of patients with major depression disorder, 2nd edition. *Focus* 2005; 3 (1): 34-42.
- Frances A, Docherty JP, Kahn DA. The expert consensus guideline series: Treatment of bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 1996; 57 Suppl 12A: 1-88.
- Goldberg D, Pilling S, Kendall T et al: Depression: Management of depression in Primary and Secondary care. National Collaborating Centre for Mental Health. National Clinical Practice Guideline CG23. London, Gaskell Press, 2004.
- Kasper S, Moller HJ, Montgomery S et al. Antidepressant efficacy in relation to item analysis and severity of depression: A placebo-controlled trial of fluvoxamine versus imipramine. *Int Clin Psychopharmacol* 1995; (9): 3-12.
- Leiderman EA, Mugnolo JF, Bruscoli N et al: Consumo de psicofármacos en la población general de la ciudad de Buenos Aires. *Vertex, Rev Arg Psiquiatría* 2006; 17 (66): 85-91.
- Mc Grath PJ, Stewart JW, Fava M et al. Tranylcipromine versus venlafaxine plus mirtazapine following three failed antidepressant medication trials for depression: a STAR*D report. *Am J Psychiatry* 2006; 163 (9): 1531-41.
- Nelson JC, Mazure C, Jatlow P et al. Combining norepinephrine and serotonin reuptake inhibition mechanisms for treatment of depression: a double-blind, randomized study. *Biol Psychiatry* 2004; 55 (3): 296-300.
- Nierenberg AA, Fava M, Trivedi MH et al. A comparison of Lithium and T(3) augmentation following two failed medication treatments for depression: a STAR*D report. *Am J Psychiatry* 2006; 163 (9): 1519-30.
- Olfson M, Marcus S, Druss B et al. National Trends in the Outpatient Treatment of Depression. *JAMA* 2002; 287: 203-209.
- Petersen T, Dording C, Neault N et al. A survey of prescribing practices in the treatment of depression. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2002; 26: 177-187.
- Reesal RT, Lam RW, Canmat Depression Work Group. Clinical Guidelines for the treatment of depressive disorders II. Principles of management. *Can J Psychiatry* 2001; 46 Suppl 1: 21S-28S.
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders: Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2005; 39 (1-2): 1-30.
- Stuppaeck C, Geretsegger C, Whitworth AB et al. A multicenter double-blind trial of paroxetine versus amitriptyline in depressed inpatients. *J Clin Psychopharmacol* 1994; 14: 241-246.
- Tamblyn R, McLeod P, Hanley JA et al. Physician and practice characteristics associated with the early utilization of new prescription drugs. *Med Care* 2003; 41 (18): 895-908.
- Trivedi MH, Fava M, Wisniewski SR et al. Medication augmentation after the failure of SSRIs for depression. *N Engl J Med* 2006; (12): 1243-1252.
- Trivedi MH, Pigott T, Stegman K et al. TMAP Procedural Manual. Depression Module. Physician Algorithm Implementation Manual. Disponible en <http://www.dshs.tx.us/mhprograms/timaMDDman.pdf>
- Tzanakaki M, Guazzelli M, Nimatoudis I et al. Increased remission rates with venlafaxine compared with fluoxetine in hospitalized patients with major depression and melancholia. *Int Clin Psychopharmacol* 2000; 15 (1): 29-34.
- UK ECT Review Group. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and metaanalysis. *Lancet* 2003; 361: 799-808.
- Vázquez GH, Strojilevich S, García Bonetto G et al. Consenso Argentino sobre el tratamiento de los trastornos bipolares 2005. *Vertex, Rev Arg Psiquiatría* 2005; 16 Suppl: 3-24.
- Wijkstra J, Lijmer J, Balk FJ et al. Pharmacological treatment for unipolar depression: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2006; 188: 410-415.

La automedicación una nueva epidemia silenciosa

Estudio en población de Salud Mental y Clínica Médica

Jorge A. Franco

*Médico psiquiatra. Jefe de la División Tratamientos Ambulatorios,
Departamento de Salud Mental, Hospital de Clínicas "José de San Martín",
Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.
Córdoba 2351 (1120) Buenos Aires. Argentina. Tel-Fax: (54-11) 4831-6449.
E-mail: jfranco@intramed.net.ar*

Cristina Pecci

*Socióloga. Doctora en Psicología. Departamento de Salud Mental, Hospital de Clínicas "José de San Martín",
Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.
E-mail: cpecci@ciudad.com.ar*

Introducción

Los medicamentos actuales representan un extraordinario y poderoso instrumento para el tratamiento y control de diferentes enfermedades. No obstante su uso indebido puede transformarlos en un arma peligrosa y ocasionar serios daños (26, 41, 42, 44, 46).

Las investigaciones sobre el uso racional de los fármacos y el aumento de la auto-prescripción está generando preocupación en todo el mundo (3, 6, 21, 31, 48).

Los estudios sobre medicamento de venta libre (MVL) en Europa y EEUU estaban dirigidos anterior-

mente a estrategias de marketing e influencia del fármaco en la elección del fármaco (22, 23), en la actualidad en cambio se estudian más los riesgos de su uso (4, 7, 12), las interacciones farmacológicas (30, 40, 41, 42, 44), la importancia de un buen asesoramiento farmacéutico y la información que se adjunta al MVL para un uso correcto (4, 13, 37).

Si aún en los casos en que el consumo de medicamentos se realiza bajo indicación médica existen riesgos de ocasionar problemas, la automedicación es una conducta que potencia peligrosamente la capacidad de producir esos riesgos.

Resumen

Objetivo: Describir la magnitud y características de la automedicación en el paciente de Salud Mental y de Clínica Médica. **Metodología:** Se estudiaron 898 pacientes (Salud Mental 358 y Clínica Médica 540) que concurren a la consulta externa del Hospital de Clínicas, año 2002. Se efectuó entrevista clínica y administró un cuestionario con datos sociodemográficos, problemas de salud física y psicológica, percepción de la relación médico-paciente. **Resultados:** Consumo de medicamentos con prescripción médica 27.5 % y sin prescripción médica 60% correspondiendo 27.5% a venta libre y 31.9% a automedicación. Los fármacos más utilizados en automedicación fueron psicofármacos 59.8% (ansiolíticos 88.8%) y antibióticos 9.4%. La mitad no considera riesgosa la automedicación. Causa del comienzo: problema similar por el que ya fue medicado (38.9%) y alivio del síntoma. Sin asociación estadísticamente significativa con edad, sexo, nivel educacional. Fueron significativas: menor visitas anuales al médico ($p < 0.01$), uso de terapias alternativas ($p < 0.0001$), dolor durante más de 6 meses ($p < 0.001$), insatisfacción con la manera en que fue investigada la causa de la enfermedad e informado el diagnóstico y tratamiento ($p < 0.02$). **Conclusión:** La automedicación está peligrosamente instalada y su control es responsabilidad conjunta de médicos, pacientes, farmacéuticos y Salud Pública. El médico debe incluir la detección de abuso o mal uso de psicofármacos y asumir una tarea pedagógica discutiendo el riesgo de la autoprescripción.

Palabras clave: Automedicación – Autoprescripción – Medicamento de venta libre – OTC – Psicofármaco – Ansiolítico

SELF-MEDICATION THE NEW SILENCE EPIDEMIC. STUDIES IN PATIENTS OF CLINICAL PRACTICE AND MENTAL HEALTH

Summary

The goal of this study is to describe magnitude and characteristics of self-medication in a psychiatric and clinical out-patients unit. **Method:** consecutive sample of 898 subjects (Mental Health 358 and Clinical Practice 540) at University Hospital, Buenos Aires, Argentina (2002). A questionnaire was administered by interviewers and was completed with information about social and demographics characteristics, physical and psychological health problems, and perception about doctors and patient relationships were collected. **Results:** use of medication under prescription, 27.5%; without prescription, 60% (27.5% OTC and 31.9% automedication). The drugs more used in automedications were the psychotropics 59.8% (ansiolitics 88.8%) y antibiotics 9.4%. The 50% of the sample didn't consider automedication a risky behavior. Main reasons for beginning: 38.9% had had same problem previously treated by a doctor with that medication; and to alleviate symptomatic distress. No statistical significance was found related to age, sex, educational status. There was statistically significance associated with: less medical visits during last 12 months ($p < 0.01$), use of complementary therapies ($p < 0.0001$), pain for more than 6 months ($p < 0.001$), dissatisfaction with the manner in which the cause of the illness was investigated and how the diagnosis and treatment were informed to the patient ($p < 0.02$). **Conclusión:** The automedication is dangerously installed and it's control is shared responsibility of doctors, patients, pharmaceuticals and Public Health. The doctor must include the detection of abuse or misuse of psychotropics and assume the pedagogical task discussing the risk of autoprescription

Key words: Automedication – Self-medication – Over-the-counter – Psychotherapeutic drugs – Psychotropics – Anxiolytics.

La automedicación (AM) ignora o subestima el modelo terapéutico de resolución de los problemas de salud que incluye el uso de medicamentos como uno de los probables componentes del tratamiento. La AM, en cambio, aísla al medicamento y lo disocia de su integración a una estrategia de tratamiento.

En un proceso de indagación clínica realizado por el médico, se investigan los signos, los síntomas, otras evidencias y pruebas complementarias y en función de esto se decide un tratamiento; uno de los elementos de éste puede ser la prescripción de medicamentos en determinada dosis y previendo el tiempo de duración de su consumo.

El medicamento en sí no ocupa el lugar central en este proceso aunque sea uno de los principales instrumentos terapéuticos; lo central es la aplicación de un modelo de indagación clínica que considera el tratamiento según características particulares del trastorno o trastornos que presenta la persona en particular, sus antecedentes, condiciones de vida y ambiente.

El médico conoce los efectos de los medicamentos y su interacción y puede anticipar la conveniencia de su utilización en función de la probabilidad resultados positivos y alertar sobre probables efectos negativos.

El método de razonamiento clínico integra la incertidumbre en su análisis y, por ello, la necesidad de controlar la evolución del cuadro clínico y en este proceso radica la probabilidad de su eficacia, no en el uso aislado del medicamento. De allí también la importancia de establecer una buena relación médico-paciente. El médico tiene que lograr que la persona que lo consulta deposite en él la confianza, comprenda los elementos centrales del problema que padece y acepte participar en el plan terapéutico, en la medida de sus posibilidades, de manera responsable y activa.

El arsenal terapéutico farmacológico con que contamos los médicos en la actualidad es tan efectivo como riesgoso, la posibilidad de controlar cuadros de ansiedad aguda o crónica con derivados benzodiazepínicos y el alivio sintomático casi inmediato que produce en cuadros funcionales psicósomáticos convierte a esta medicación en potencialmente adictiva, siendo indispensable establecer una relación médico-paciente estable en la que se valore, pero no sobrestime el alivio sintomático.

Método

A los fines de esta investigación se decidió focalizar el estudio en la consulta ambulatoria de Salud Mental y Clínica Médica del Hospital de Clínicas "José de San Martín" en el transcurso del año 2002. El estudio abarcó los meses de abril, mayo y junio en la primera mitad del año 2002 y, en la segunda mitad, septiembre, octubre y noviembre del año 2002.

El marco muestral incluyó a todas las consultas de primera vez que se realizaron en esos períodos. Se tomó una muestra consecutiva de personas que concurren por primera vez. Fueron excluidas personas que debido a su estado físico o mental no estaban en condiciones de responder el cuestionario.

Así quedó establecido el siguiente criterio de inclusión: personas mayores de 18 años que concurrían por primera vez y que, dando su consentimiento, estuvieran en condiciones de entender y responder la encuesta. En total fueron entrevistadas 898 personas, 358 en Salud Mental y 540 en Clínica Médica.

Recolección de datos: se aplicó una encuesta diseñada para este estudio cuyo formulario recoge información sobre datos sociodemográficos y contiene secciones sobre modalidades del consumo de medicamentos, salud, relación médico paciente, uso de terapias alternativas no convencionales y presencia de sintomatología clínica.

La sección sobre modalidades del consumo se basó en los criterios conceptuales y operacionales aplicados para la medición del uso ilícito de medicamentos en el Estudio Nacional sobre Sustancias Adictivas realizado en el año 1999 en la Argentina, estudio que, a su vez, aplicó criterios de validez internacional en este campo. Las preguntas de las secciones de salud tuvieron en cuenta experiencias de los investigadores así como otros estudios (5, 14, 15, 16, 17, 28) y en especial los criterios recomendados por la Organización Mundial de la Salud (10,11, 33, 34).

Antes de su aplicación se realizó una prueba piloto del cuestionario y se introdujeron los ajustes considerados necesarios. Las personas seleccionadas fueron entrevistadas por encuestadores, estudiantes universitarios, previamente entrenados en el uso del instrumento de medición. El procesamiento de los datos fue realizado con el Epi Info versión 6.

Variables: Con respecto a las diferentes modalidades de consumo de medicamentos, éstas fueron categorizadas como: 1. Sin consumo previo de medicamentos. 2. Consumo de medicamentos bajo indicación médica. 3. Consumo de medicamentos de venta libre 4. Automedicación. La AM fue definida como el consumo por cuenta propia, sin indicación médica de medicamentos que requieren prescripción. Se registró tipo de medicamento automedicado, cantidad y frecuencia de consumo, la edad de inicio de la automedicación, y las razones del inicio. Se investigó la opinión sobre el riesgo del consumo por cuenta propia de medicamentos se indagó la opinión del entrevistado respecto a si su médico debería preguntarle sobre el uso de medicamentos por cuenta propia.

Las variables sociodemográficas: sexo, edad, nivel de instrucción, convivencia, lugar de residencia y cobertura de salud

Las variables relacionadas con la salud: Número de visitas al médico en los últimos 12 meses. Para evaluar la relación médico-paciente se investigó: la satisfacción con la manera en que fue tratado y examinado por el médico, satisfacción con la manera en que fue investigada la causa e informado el diagnóstico y tratamiento, satisfacción con el tiempo que le dedicó el médico en cada consulta.

Con respecto a la utilización de terapias alternativas no convencionales esta fue evaluada de dos maneras: 1) utilización alguna vez en la vida de alguna forma de terapia no convencional 2) formas de terapia alternativa utilizada.

En la sección que indaga sobre sintomatología clínica se investigó la presencia de dolores (de estómago o abdominales, de espalda, en las articulaciones, en los brazos o piernas, en el pecho, de cabeza y otros), molestias gastrointestinales (vómitos, náuseas, diarreas, gases excesivos, alimentos que hacen daño, otros) y síntomas funcionales. Se indagó la persistencia durante seis meses o más de estas molestias o dolores.

Se realizó un análisis univariado valiéndose del estadístico *chi-cuadrado* (95% de confianza), para cada una de las variables consideradas.

Resultados

En el Gráfico 1 se observa que los pacientes que consumían fármacos sin prescripción médica son un 60.2% de la población que consulta a Clínica Médica y 59.9% a Salud Mental.

La población que se autoprescribe medicamentos de venta libre o venta bajo receta, incluso fue el doble de aquellos que consumen fármacos por indicación médica.

En el Gráfico 2 se observa que no hay diferencias significativas entre la población de CM en consumo de MVL 28.7 y SM 27.0% y en automedicación también fueron similares (CM 31.5% y SM 32.9%), ver Tabla 1.

Analizando en la Tabla 2 el tipo de medicamentos más utilizado en la AM son los psicofármacos los más ampliamente consumidos por ambas poblaciones casi en el 60%, seguido por los antibióticos en aproximadamente un 9.4%.

El consumo de psicofármacos en SM (76.8%) es estadísticamente significativo en relación a CM ($p < 0.0000$) aun cuando es muy elevado en esta población (46.1%).

Gráfico 1
Modalidades del consumo de medicamentos

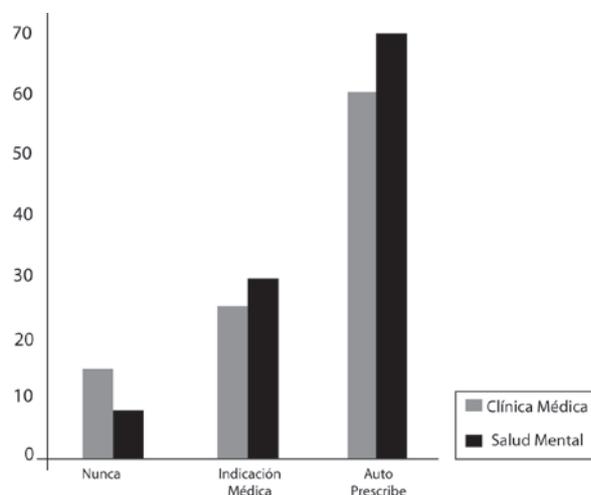


Gráfico 2
Modalidades del consumo de medicamentos

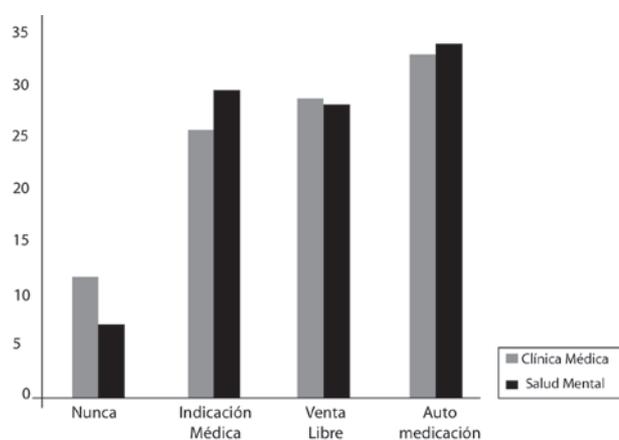


Tabla 1.
MODALIDAD DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS

	Clínica Médica		Salud Mental		Total	
	%	N	%	N	%	N
Nunca consumió	12.4	67	7.8	28	10.5	95
Prescripción Médica	25.6	138	29.6	106	27.5	244
Autoprescripción Venta Libre	28.7	155	27.0	97	28.5	253
Automedicación Venta bajo Receta	31.5	170	32.9	118	30.9	278
Ns/nr	1.8	10	2.5	9	2.1	19
Total	100	540	100	358	100	898

	Clínica Médica		Salud Mental		Total	
	%	N	%	N	%	N
Psicofármaco	46.1	91	76.8	116	59.8	207
Antibiótico	11.6	23	6.6	10	9.4	33
Antiinflamatorio	10.1	20	5.2	8	8.0	28
Antiespasmódico Gast. Intestinal	12.6	25	0.8	1	7.4	26
Analgésico	7.6	15	3.9	6	6.3	22
Antimigrañoso	7.6	15	3.9	6	6.0	21
Otros	3.5	7	2.6	4	3.1	11
Total	100	197	100	151	100	348

*Varios encuestados consumen más de un fármaco

En CM es muy utilizado el antiespasmódico (12.6%) en relación a SM (0.8%).

Los que concurren al clínico, también se automedicaban proporcionalmente más con antibióticos, antiinflamatorios, analgésicos y antimigrañosos.

En la Tabla 3 se observa que los psicofármacos más utilizados fueron los ansiolíticos 94.5% en CM y 87.4% en SM, en una proporción muy notoria en relación a antidepresivos e hipnóticos que en SM alcanzan a 6.8% y 6.0%. En CM los antidepresivos sólo se consumen en AM en 3.5% y no se detecta consumo de hipnóticos.

Los antipsicóticos no son productos de AM (CM 1 %y SM 0.8%)

El tiempo de consumo es similar en ambos grupos en más de un año en el 68% y 60% (CM y SM) y el 15% se presenta a la primera consulta automedicado (Tabla 4).

En la Tabla 5 se observa que 41.7% de los pacientes de CM y 35.6% de SM que recurría a la AM consideró que la causa del consumo era debido a que el síntoma que padecía era similar al que le habían medicado con anterioridad. El 17% en cambio comienza por la búsqueda de alivio sintomático en SM y sólo el 4.8% en CM.

Tipo de psicofármaco	Clínica Médica		Salud Mental		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ansiolítico	94.5	86	84.7	98	88.8	184
Antidepresivo	3.5	3	6.8	8	5.3	11
Hipnótico	0.0	0	6.0	7	3.3	7
Antipsicótico	1.0	1	0.8	1	0.9	2
Otro	1.0	1	1.7	2	1.4	3
Total	100	91	100	116	100	207

*Varios encuestados consumen más de un fármaco

Primera vez que se automedicó	Clínica Médica		Salud Mental		Total	
	%	N	%	N	%	N
Últimos 30 días	13.5	14	16.0	16	14.7	30
Menos de 1 mes Más de 1 año	18.4	19	24.0	24	21.1	43
Más de 1 año	68.1	70	60.0	60	64.0	130
Total	100	103	100	100	100	203

Causa de comienzo de la automedicación	Clínica Médica		Salud Mental		Total	
	%	N	%	N	%	N
Problema similar a la vez anterior que fue medicado	41.7	43	35.6	36	38.9	79
Recomendación de un pariente o amigo	14.6	15	8.9	9	11.7	24
Tener el medicamento en la casa	11.7	12	10.9	11	11.2	23
Alivio del síntoma	4.8	5	17.0	17	10.8	22
Recomendación del farmacéutico	7.8	8	5.0	5	6.4	13
Falta de tiempo para la consulta médica	7.8	8	5.9	6	6.8	14
Falta de dinero	1.9	2	2.0	2	1.9	4
Otro motivo	7.9	10	1.4	14	22.5	24

La recomendación de un amigo fue mayor en CM (14.6%) que en SM (8.9%) y el 11% asociado al auto-diagnóstico consideró innecesario ir al médico por tener el medicamento en la casa, en igual porcentaje CM y SM.

En Tabla 6 se observa que la mitad de los pacientes de SM (52.5%) considera riesgosa y peligrosa la AM mientras que los de CM 23.3% y la considera no riesgosa el 67 % de CM y 42.6% de SM. Ambos grupos que la consideran poco riesgosa o segura corresponden a aquellos con mayor nivel educacional.

El 47% de CM consideran que el médico debería preguntarle sobre el hábito de AM, mientras que SM lo plantea en una proporción mayor 62.6% ($p = 0.07$) (Tabla 7)

Las variables sociodemográficas no resultaron significativas al comparar ambos grupos, aunque el sexo femenino y los de alto nivel de estudios mostraron mayor proporción de AM en ambos grupos, resultó sig-

nificativa también el vivir solo, que podría ser equivalente a contar con escasa red de apoyo social y afectivo..

El promedio de edad comienzo de automedicación corresponde a 33 ± 16 años y el promedio de edad del último consumo es de 37 ± 16 años.

En la relación médico-paciente, la población de SM se manifestó insatisfecha con la forma en que fue tratada y examinada por el médico ($p < 0.02$) a diferencia de la de CM en la que no hubo insatisfacción en aquellos que se AM. En el resto de los ítems de relación médico-paciente se consideraron satisfechos con la forma en que los médicos investigaron la causa e informaron el diagnóstico y tratamiento y el tiempo que le dedicaron los médicos en cada consulta.

En Tabla 8 se observa que el uso de terapias alternativas (TA) en el paciente que recurre a la AM resultó muy significativa, casi el 80% ($p < 0.0001$) del que se AM utilizó una TA alguna vez en su vida.

Tabla 6
AUTOMEDICACIÓN Y RIESGO DEL CONSUMO

	Clínica Médica		Salud Mental		Total	
	%	N	%	N	%	N
Considera la automedicación						
Total o Medianamente Segura	67.0	69	42.6	43	74.8	112
Arriesgada	12.6	13	22.8	23	17.6	36
Peligrosa – Muy peligrosa	10.7	11	29.7	30	15.1	30
No Sabe/ No Contesta	9.7	10	5.0	5	7.3	15
Total	100	103	100	101	100	204

Tabla 7
EL MÉDICO Y LA AUTOMEDICACION
“¿Cree que su médico debería preguntarle sobre automedicación?”

	Clínica Médica		Salud Mental		Total	
	%	N	%	N	%	N
Debería preguntarle						
SI	47.0	47	62.6	62	54.7	109
NO	43.0	43	33.3	33	38.3	76
NS/NR	10.0	10	4.1	4	7.0	14
Total	100	100	100	99	100	199

Tabla 8
Terapias Alternativas y Automedicación

	Clínica Médica		Salud Mental	
	%	N	%	N
Uso de TA				
SI	74.3	78	79.0	79
NO	25.7	27	21.0	21
Evaluación TA				
Excelente/ Muy bueno	61.5	48	17.1	13
Bueno	24.4	19	31.6	24
Regular/ malo	14.1	11	51.6	39
Discutir con el Profesional uso de TA				
SI	28.2	22	45.6	36
NO	70.5	55	51.9	41

Al evaluar los beneficios de las terapias alternativas las consideraron más efectivas los de CM (Excelente/Muy Buena 61.5% y Regular y mala el 14.1%) a diferencia de SM con una evaluación inversa de 17.1% y 51.6% respectivamente ($p < 0.000$).

La mitad de la población de SM considera conveniente discutir con su médico el uso de TA (45.6%) a diferencia de CM (28.2% $p < 0.01$)

Discusión

En denominación internacional se llama al medicamento de venta libre OTC (“*Over the Counter*” –“sobre el mostrador”). También existe otra denominación *Under the Counter* (UTC) para el medicamento que no es de venta libre pero que igual se vende sin receta “por debajo del mostrador”. Esta categorización ratifica este fenómeno, pero no es tan preocupante en Inglaterra (32), EE. UU. (32) y Europa (25, 28) el consumo del medicamento ético, ya que es improbable su obtención sin receta.

Las discusiones están centradas en el consumo indebido del OTC o Medicamento de Venta Libre (MVL). En América Latina es más preocupante por el acceso a medicamentos éticos sin receta (26)

En nuestro país hay pocos trabajos cuantitativos aunque se acepta que es un problema muy difundido

y poco estudiado. Una investigación llevada a cabo en la década de 1990, estima que en la Argentina "Del total de medicamentos éticos que se consumen un 35% de los mismos se efectúa sin la receta correspondiente" (19). Nuestro estudio da una cifra similar del 32%.

El Colegio Farmacéutico estima que se factura un 30% sin prescripción médica, aún cuando sólo podría obtenerse legalmente un 8% sin receta médica. (43). El Colegio Oficial de Farmacéuticos y Bioquímicos de Capital Federal estima que el 50% de la población se automedica. También preocupa a la entidad no sólo el comportamiento del profesional farmacéutico sino la venta creciente en quioscos, supermercados, vehículos públicos e incluso en la calle, con el riesgo de ser falsificados o en el mejor de los casos ser de contrabando.

Hace diez años sólo el 2% de los medicamentos era de venta libre; en la actualidad la cantidad es del 8% y se estima que dentro de los próximos 10 años será del 25% la cantidad de medicamentos que podrán obtenerse sin receta médica (43).

Los pacientes que afirmaron no haber consumido medicamentos de ningún tipo, ni indicados, ni autoprescritos alcanzan al 12.4 en CM y 7.8% SM. En ésta población que afirma no haber tomado medicación, un porcentaje del 36% utiliza o utilizó medicación homeopática y flores de Bach, reflejando según afirmaron algunos de ellos, un temor o aprensión al medicamento alopático.

En el año 1999 la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (Sedronar) de nuestro país, llevó a cabo el primer Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas de la población general con edades entre los 16 y 64 años (27). En este estudio, la prevalencia de vida del uso de medicamentos psicotrópicos fuera de prescripción médica en la población general alcanzó a 4.3%. Esta categoría -medicamentos psicotrópicos- incluyó el uso de sedantes (con una prevalencia de vida del 6,0%) y el uso de estimulantes (con una prevalencia de vida del 2,8%). Se encontró mayor proporción de mujeres en el consumo de sedantes sin prescripción y de varones en el consumo sin prescripción de estimulantes. Con respecto a la edad, entre los varones se observó un incremento del consumo sin prescripción médica de psicotrópicos a partir de los 50 años de edad; entre las mujeres, se observó el aumento en el grupo de 35 a 49 años. En el Estudio Nacional se nota que el consumo sin indicación médica en la población general aumenta a medida que aumenta el nivel de educación formal. En nuestra muestra también se observa mayor AM con mayores estudios, pero no alcanza nivel significativo.

Al comparar estos datos con los de nuestro estudio, se pone de manifiesto la notable diferencia en la prevalencia del consumo de psicofármacos sin prescripción médica en la población general - el 4,3% - y en una población de consulta médica en un hospital polivalente, como la de nuestro estudio -con 25.6% de AM con psicotrópicos- reflejando la magnitud de esta conducta de autoprescripción, en la que por sus problemas de salud ha recurrido a la AM y también ha buscado asistencia médica.

Un estudio efectuado en el año 2005 en Capital Federal evaluando consumo de psicofármacos el 30% los consumía sin indicación de profesional médico (24).

La OMS plantea la necesidad de una automedicación responsable formando parte del autocuidado que define como "aquello que las personas hacen por sí mismas con el propósito de restablecer y preservar la salud o prevenir y tratar las enfermedades" (34). Aclara obviamente que sólo puede utilizar MVL y la importancia de un buen asesoramiento farmacéutico que incluye la posibilidad de aconsejar consulta médica.

En nuestro estudio se encontró que una cierta proporción de personas que afirmaron consumir medicamentos de MVL, en realidad consumían medicamentos de venta bajo receta. Esto revela en principio desinformación con respecto a los efectos y los riesgos de los MVBR, sin embargo en este grupo la clase de fármacos más consumidos fueron los antiespasmódicos gastrointestinales. En la mayoría de los estudios extranjeros no se plantea la existencia de este grupo ya que se considera que el farmacéutico cumplirá con el asesoramiento (1) y aclarará que su pedido no es un MVL sino un MVBR.

En este estudio se encontró que el tipo de fármaco más utilizado en AM fue el psicofármaco (59.8%) y en segundo lugar, los antibióticos (9.4%).

Entre los psicofármacos el más utilizado, en casi la mitad de las veces, fue el bromazepam; seguido por el diazepam y, en una pequeña proporción, alprazolam y clonazepam. Tomando en cuenta que en la actualidad se receta en mayor proporción alprazolam y clonazepam, es probable que el consumo actual de bromazepam revele la continuación de una medicación indicada años atrás y que aún persiste.

La población de SM consume significativamente (76.8%) más psicofármacos que la de CM (46.1%), siendo este dato esperable, pero no se pensaba que CM alcanzara porcentajes de consumo tan elevados.

En CM es muy utilizado el antiespasmódico (12.6%) en relación a SM (0.8%).

Los que concurren al clínico, también se automedican proporcionalmente más con antiinflamatorios, analgésicos y antimigrañosos. Es probable que el alto consumo de psicofármacos en SM haga innecesarias en muchos casos medicaciones sintomáticas para patologías psicosomáticas como los antiespasmódicos, analgésicos y antimigrañosos.

Los efectos nocivos de la Ergotamina de los antimigrañosos fueron ampliamente registrados pero nuestra población los consume como AM (14, 46). Se observa que los psicofármacos más utilizados fueron los ansiolíticos 94.5% en CM y 87.4% en SM, en una proporción muy notoria en relación a antidepresivos e hipnóticos que en SM alcanzan a 6.8% y 6.0% respectivamente.

En nuestro estudio observamos que la detección de automedicación es subestimada, los porcentajes de AM registrados en las fichas de admisión de pacientes por los profesionales fueron inferiores en un treinta por ciento, aún cuando ésta tiene un ítem que debe ser respondido por el entrevistador (19)

En CM los antidepresivos sólo se consumen en AM en 3.5% y no se detecta consumo de hipnóticos.

Numerosos trabajos señalan el alto consumo de ansiolíticos en trastornos psiquiátricos depresivos manifiestos o encubiertos (35).

Los antipsicóticos no son productos de AM (CM 1 % y SM 0.8%) y a diferencia de los ansiolíticos es frecuente la dificultad de mantener el tratamiento farmacológico.

El tiempo de consumo es similar en ambos grupos en más de un año en el 68% y 60% (CM y SM) y el 15% se presenta a la primera consulta automedicado.

En el caso de los antibióticos un trabajo de Nueva Zelanda plantea la dificultad de los médicos de sustraerse a la presión de los pacientes que exigen ser medicados con antibióticos ante cualquier afección del tracto superior y, en otros casos, por aquellos que deben viajar al exterior y demandan prescripción para llevar al medicamento consigo. Este patrón conductual parece estar extendido en la actualidad (2, 45).

Con respecto al tiempo de inicio de la automedicación, el hecho de que el 60% hubiera iniciado hacía más de un año, hace reflexionar sobre esta conducta como un hábito que se va consolidando en el tiempo. No obstante, el 15% comenzó en el último mes, antes de concurrir por primera vez a la consulta de CM y SM.

El promedio de edad comienzo de automedicación corresponde a 33 ± 16 años y el promedio de edad del último consumo es de 37 ± 16 razón por la cual se estima para la mayor parte de la población una antigüedad en el consumo de cuatro años.

Las causas por las que se comenzó la automedicación fueron atribuidas a la búsqueda de solucionar un problema similar a la vez anterior recurriendo al mismo medicamento que se utilizó en esa ocasión; colabora en esta determinación el hecho de tener el medicamento en su casa. El botiquín familiar se está convirtiendo en fuente de estudio de investigación indirecta de problemas en la autoprescripción (45).

La mayoría de las veces, estos pequeños "almacenes" de antibióticos tienen su origen en el abandono o en el incumplimiento terapéutico de tratamientos prescritos por el médico, que afecta, por término medio, a la mitad o más de los tratamientos antibióticos (47)

Los botiquines familiares se convierten en el tiempo en pequeñas farmacias que influyen en las determinaciones amoldando la enfermedad al medicamento existente en el botiquín. Así, el psicofármaco existente en el consumo familiar puede preanunciar cuál va a ser el psicofármaco de probable automedicación en la familia

Un estudio realizado por la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires en el año 2000, menciona como dato llamativo una coincidencia "en el consumo de psicofármacos en la familia -del adicto- (6.8%) con el antecedente de consumo de la madre (6.0%)" (8).

El análisis de los síntomas, su interpretación y auto-diagnóstico es realizado en forma simplista por los propios pacientes que se guían, en general, por la similitud sintomática o molestia actual con el ya padecido.

La necesidad de alivio sintomático apelando a los ansiolíticos es una conducta que tiende a convertirse en abuso por AM, trabajos de hace 15 años consideraban inusual el abuso y tolerancia de benzodiazepinas (24, 30, 32), en la actualidad se las considera potencialmente adictivas. El alivio casi inmediato de síntomas psicológicos o somáticos de ansiedad que produce (18), le otorga este poder adictivo que no tienen fármacos como los antidepresivos (35). En una investigación en Capital Federal el 59% reportó que no podía dejar de consumir los ansiolíticos, con correlación significativa entre grado de dependencia

y duración y frecuencia en el uso del psicofármaco (24). En la actualidad para los trastornos por ansiedad se tiende a usar en el corto plazo benzodiazepinas y a largo plazo antidepresivos asociados a psicoterapia.

La recomendación de un pariente o amigo sigue las mismas pautas, se evalúa la similitud de la sintomatología padecida y por ende recomiendan la misma medicación; los "aprendices de brujos" ganan actualidad.

Una publicación de la ANMAT (2000) afirma que son muchos los casos en que la falta de buena correlación entre "el síntoma por el que se toma el medicamento- de venta libre- y la acción terapéutica del mismo" aumenta el riesgo de encubrir enfermedades graves (9).

Los profesionales médicos y del campo de la salud no están exentos de incurrir en estas conductas de auto-diagnóstico y automedicación que normalmente se atribuyen a los no-profesionales (38).

En este estudio la falta de tiempo para la consulta médica y en especial la falta de dinero no resultaron relevantes para explicar los factores de inicio de la automedicación.

La mitad de los pacientes de SM (52.5%) considera riesgosa y peligrosa la AM mientras que los de CM sólo el 23.3%. La población de SM tiene más conciencia del riesgo de la AM que la población de CM, pero en ambos grupos es muy alto el porcentaje que la considera no riesgosa (67 % CM y 42.6% SM). Ambos grupos que la consideran poco riesgosa o segura corresponden a aquellos con mayor nivel educacional que parecen haber disminuido el miedo pero no aumentado sus conocimientos sobre la medicación

El desconocimiento del peligro de la automedicación puede ser considerado uno de los factores que contribuyen a su difusión y mantenimiento.

El problema de la inclusión del tema de la automedicación en la consulta esta dividido, la mitad de los pacientes está de acuerdo con que el médico o el psiquiatra le pregunte sobre el uso de medicamentos sin prescripción médica y la otra mitad no está de acuerdo. Un estudio reciente plantea el problema del escaso interés de los médicos en el conocimiento del uso y abuso de medicamentos de venta libre y la falta de inclusión del tema como rutina en la entrevista médica (21).

En la relación médico-paciente se consideraron satisfechos con la forma en que los médicos investigaron la causa e informaron el diagnóstico y tratamiento y el tiempo que le dedicaron los médicos en cada consulta., sólo la población de SM que se AM se manifestó insatisfecha con la forma en que fue tratada y examinada por el médico ($p < 0.02$) a diferencia de la de CM en la que no hubo insatisfacción en aquellos que se AM. La relación médico-paciente no parece un factor importante como causal de automedicación.

El dolor y las preocupaciones, presentes durante más de seis meses, por tener una enfermedad seria o una discapacidad física es una de las causas más significativas ($p < 0.001$) que subyacen a la automedicación. Cuando a ambas situaciones se le agrega que éstas constituyen un impedimento para trabajar o seguir desarrollando la vida social acostumbrada, aumenta la proporción de personas que se automedican en SM y CM.

Conclusiones

El 60% de la población incluida en este estudio, que concurrió por primera vez a la consulta externa de Clínica Médica del Programa de Medicina Interna General y al Departamento de Salud Mental del Hospital de Clínicas, consumió medicamentos por autoprescripción alguna vez en su vida. Más del 30% lo hizo con medicamentos de venta bajo receta en especial psicofármacos ansiolíticos. Las principales variables que pueden resultar útiles para tomar en cuenta en la entrevista médica interesada en detectar la automedicación, han sido:

Mayor proporción de mujeres.

Edad inferior a los 45 años.

Nivel de educación formal superior a 12 años de estudio.

Haber consumido alguna clase de medicamentos anteriormente, alguna vez en su vida, en especial psicofármacos.

Consulta y tratamiento psiquiátrico o psicológico previo.

Presencia de dolores y malestares corporales persistentes, en especial aquellos con una duración mayor de seis meses.

Vivir solo, que podría ser equivalente a contar con escasa red de apoyo social y afectivo.

Tendencia a la utilización de terapias alternativas o no convencionales.

La automedicación, en nuestro estudio, no mostró asociación con las variables que evaluaban la relación médico-paciente. La mitad de los que se automedicaban respondieron que no era importante discutir el tema del uso de medicamentos por cuenta propia con el médico.

La OMS, en su informe sobre *Estrategia sobre Medicamentos: 2000-2003*, plantea trabajar sobre tres componentes que considera indispensable para mejorar el uso de los medicamentos: estrategia y control del uso de medicamentos, uso racional de los medicamentos por los consumidores y uso racional por parte de los profesionales de la salud.

El primer aspecto, de estrategia y control, depende de Salud Pública y tiene serias deficiencias en nuestro país. El farmacéutico tiene también un rol estratégico en el uso racional de los medicamentos. En nuestro estudio si bien fue baja la proporción que reconoció el inicio de la automedicación por una recomendación del farmacéutico, sin embargo consideramos que la ausencia de convicción en el ejercicio de su rol profesional, facilita en muchos casos

la obtención indebida de medicamentos que exigen prescripción médica y favorece la ignorancia entre medicamento de venta libre y de venta bajo receta.

El segundo aspecto: los consumidores deben ser educados en temas de salud. En nuestra investigación aquellos con mayor nivel de educación paradójicamente están más expuestos al uso indebido de fármacos, tienen menor conciencia de los riesgos del autodiagnóstico y la automedicación.

También el rechazo a tratar con el médico temas relacionados con la automedicación - en mayor proporción en aquellos de mayor nivel de educación- obtura la oportunidad de un proceso de aprendizaje y en esos casos la educación formal parece haber favorecido el "creer que se sabe" más que el conocimiento genuino cercano al saber socrático.

La persona que se automedica, se "autodiagnostica", y decide y propone su propia hipótesis terapéutica, utilizando ingenuamente el modelo de razonamiento clínico.

El tercer aspecto se refiere a los profesionales de la salud que deben valorar la prescripción médica manteniendo el juicio clínico sin ceder a la exigencia manifiesta de los pacientes, ni a las ocultas de la propaganda médica y cumplir una misión pedagógica en relación con el uso indebido de medicamentos y a las búsquedas de terapéuticas no validadas. El médico que no investiga la automedicación, o que al indagar no la revela como una conducta de riesgo, de alguna manera está convalidando y contribuyendo con su silencio a mantener un modelo distorsionado de resolución de los problemas de salud.

En la mayoría de las afecciones crónicas para evitar la automedicación el profesional debe enseñar al paciente a manejar su enfermedad, reconocer y evaluar los síntomas así como la forma de auto administrarse la medicación.

En el modelo asistencial de auto administración la acción educadora del profesional, transforma al paciente en agente activo en el manejo y control de su enfermedad y en la alianza así establecida con el paciente residirá la clave del éxito terapéutico.

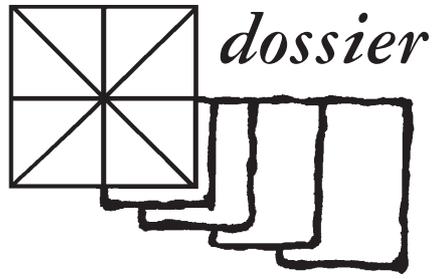
La búsqueda de alivio sintomático en la autoprescripción, en especial de medicamentos ansiolíticos y antibióticos y en terapias no validadas que se alejan del cuidado responsable, es uno de nuestros desafíos actuales

La educación médica tiene que reforzar la importancia de la relación médico-paciente y la inclusión de estos temas para fortalecer la confianza y la solidez de esta relación ■

Referencias bibliográficas

1. Adcock Harriet. OTC medicines misuse and addiction: what can pharmacists do to help? *Pharm J*. 267: 457.
2. Arroll,-B; Goodyear-Smith,-F. General practitioner management of upper respiratory tract infections: when are antibiotics prescribed? *N-Z-Med-J*. 2000; 113: 493-6.
3. Bansal V, Dex T, Proskin H, Garreffa S. A look at the safety profile of over-the-counter naproxen sodium: a meta-analysis. *J Clin Pharmacol*. 2001; 41: 127-38.
4. Barnett NL, Denham MJ, Francis SA. Over-the-counter medicines and the elderly. *J R Coll Physicians* 2000; 34: 445-6.
5. Barsky A. J., Md, Borus J.F., MD. Somatization and Medicalization in the Era of Managed Care. *JAMA* .1995; 274: 1931-53
6. Blenkinsopp A, Bradley C. Over the counter drugs: Patients, society and the increase in self medication. *BMJ* 1996; 312:629-32.

7. Blot WJ, McLaughlin JK. Over the counter non-steroidal anti-inflammatory drugs and risk of gastrointestinal bleeding. *J Epidemiol Biostat.* 2000; 5:137-42.
8. Boletín sobre Adicciones de la Ciudad de Buenos Aires. Año 2, N 2. 2000.Pag 14-17.
9. Cargnel, E, Balbuena, K.; y Alonso, V. *La automedicación en la Argentina. Una exploración cualitativa en la ciudad de Buenos Aires* (2000) ANMAT, Bs. As. Argentina
10. CIE10. *Criterios Diagnósticos de Investigación.* OMS. Madrid: Meditor, 1992.
11. CIE10. *Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico.* OMS. Madrid: Meditor, 1992
12. Cross EW, Park S, Perlin DS. Cross-Resistance of clinical isolates of *Candida albicans* and *Candida glabrata* to over-the-counter azoles used in the treatment of vaginitis. *Microb Drug Resist.*2000; 6:155-61.
13. Dietrich DA, Scott KL .Enhancing information acquisition for over-the-counter medications by making better use of container surface space. *Exp Aging Res.* Sep;63(9):817-25.
14. Enriquez E, Rangel A, Velasco CE, et al. Ergotism caused by automedication. *Arch Inst Cardiol Mex.* 2000 Nov-Dec;70(6):603-8.
15. Fluvia, M. Rodriguez, M.C. Sempere Y N. Corominas. Consumo de Psicofarmacos en la población que acude al médico de atención primaria. *Rev. Psiquiatria Barna.*1994; 21: 47-50.
16. Franco J, Pecci C. Automedicación en el Paciente Psiquiátrico. *Acta psiquiat psicol Am lat.* 2004, 50(2): 110-120.
17. Franco J, Pecci C. La Relación Médico-Paciente, la Medicina Científica y las Terapias Alternativas. *Medicina* 2002; 62:111-118.
18. Franco Jorge .Automedicación y Medicinas Alternativas . *Acta psiquiat psicol Am lat.* 2000, 46: 353-35
19. González García G. *Remedios Políticos para los Medicamentos.* Ed. Isalud. Bs.As. 1994.
20. Gorman JM. Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *J Clin Psychiatry* 2002; 63 Supl 8:2 -23.
21. Hughes G, Bell H, McElnay JC. General practitioners' awareness of the appropriate and inappropriate use of over-the-counter products. *Pharm J* 1999; 263: 163.
22. Johnson MM, Drungle SC. Purchasing over-the-counter medications: the influence of age and familiarity. *Exp Aging Res.* 2000; 26:245-61.
23. Kennedy E, Moody M. An investigation of the factors affecting community pharmacists' selection of over the counter preparations. *Pharm World Sci.* 2000; 22: 47-52.
24. Leiderman E., Mugnolo J.Bruscoli N., Massi J. Consumo de psicofármacos en la población general de la ciudad de Buenos Aires. *Vertex, Rev Arg Psiquiat.* 2006, Vol XVII : 85-91.
25. Levin LS, Beske F, Fry J. Self-medication in Europe. Report on a study of the role of non-prescription medicines. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 1988.
26. López R, Kroeger A.(compiladores) *Morbilidad y Medicamentos en Perú y Bolivia.* Editorial Gráfica Bellido, primera edición Lima, Perú. 1990
27. Míguez H. Consumo de sustancias psicoactivas en la Argentina.*Acta Psiquiat Psicol Am Lat.* 2000,46:247-54.
28. Minghetti P, Casiraghi A, Cilurzo F, Montanari L. The situation of OTC drugs in Italy compared to the other EU states. *Pharmacol Res.* 2000;42: 25-31.
29. Murray J, Dunn G, Williams, P, Tarnospolsky A: "Factors affecting the consumption of psychotropic drugs". *Psychol. Med* 1981; 11: 551-60.
30. Neutel CI, Appel WC. The effect of alcohol abuse on the risk of NSAID-related gastrointestinal events. *Ann Epidemiol.* 2000; 10: 246-50.
31. Newton GD, Pray WS, Popovich NG. New OTC drugs and devices 2000: a selective review. *J Am Pharm Assoc.* 2001; 41: 273-82.
32. Ohayon MM, Lader MH. Use of psychotropic medication in the general population of France, Germany, Italy, and the United Kingdom. *J Clin Psychiatry.* 2002
33. OMS. *Informe sobre la Salud en el Mundo* 2001.Ginebra
34. OMS. WHO Policy Perspectives on Medicines. Medicina Tradicional- Necesidades Crecientes y Potencial. Nº 2 Mayo 2002. WHO Geneva.
35. Romach M, Bustos U, Somer G et al. Clinical aspects of chronic use alprazolam and Lorazepam. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1161-67.
36. Salzman C, Miyawaki EK, Le Bars P, et al. Neurobiologic basis of anxiety and its treatment. *Harv Rev Psychiatry* 1993; 1: 197-206.
37. Sampey CS, Follin SL. Second-generation antihistamines: the OTC debate. *J Am Pharm Assoc (Wash)* 2001; 41: 454-7.
38. Sanz Yaguez F, López Corbalán JC. Abuse of psychoactive drugs among health professionals. *Rev Esp Anestesiol Reanim.* 1999 Oct;46(8):354-8.
39. Shader RI, Greenblatt DJ. Use of benzodiazepines in anxiety disorders. *N Engl Med* 1993; 328:1398-1405.
40. Shaw MJ, Fendrick AM, Kane RL, Adlis SA, Talley NJ. Self-reported effectiveness and physician consultation rate in users of over-the-counter histamine-2 receptor antagonists. *Am J Gastroenterol.* 2001; 96: 673-6.
41. Sihvo S, Klaukka T, Martikainen J, Hemminki E. Frequency of daily over-the-counter drug use and potential clinically significant over-the-counter-prescription drug interactions in the Finnish adult population. *Eur J Clin Pharmacol.* 2000; 56: 495-9.
42. Singh G. Gastrointestinal complications of prescription and over-the-counter nonsteroidal anti-inflammatory drugs: a view from the ARAMIS database. Arthritis, Rheumatism, and Aging Medical Information System. *Am J Ther.* 2000; 7: 115-21.
- Somains A. Comunicación del Colegio Oficial de Farmacéuticos y Bioquímicos de Capital Federal. Año 1999.
43. Stiel D. Exploring the link between gastrointestinal complications and over-the-counter analgesics: current issues and considerations. *Am J Ther.* 2000; 7: 91-98.
44. Stratchounski LS, Andreeva IV, Ratchina SA, et al. The inventory of antibiotics in Russian home medicine cabinets. *Clin Infect Dis.* 2003 Aug 15;37(4):498-505.
45. Taimi C, Navez M, Perrin AM, Laurent B Headaches caused by abuse of symptomatic anti-migraine and analgesic treatment. *Rev Neurol.* 2001 Oct;157(10):1221-34.
46. Vidal E., Moya Ortiz P. Prescripción médica o automedicación. *Aten. Primaria* 2005; 36:285-86.
47. Wogalter MS, Magurno AB, Dietrich DA, Scott KL .Enhancing information acquisition for over-the-counter medications by making better use of container surface space. *Exp Aging Res* 1999; 25: 27-48.



Bioética y Psiquiatría

Coordinación

Norberto Aldo Conti

Ernesto Whalberg

Desde antes del inicio de los tiempos históricos el hombre, en tanto emergente del proceso dialéctico naturaleza-cultura (naturaleza-nurtura), no ha dejado de hacerse cuestionamientos profundos en cuanto a su condición.

Si tomamos el más antiguo escrito que ha llegado a nosotros, el *Cantar de Gilgamesh*, conjunto de poemas épicos escritos en lengua acadia entre fines del tercer milenio y principios del segundo, pero perteneciente a la tradición oral sumeria ocho siglos anterior, podemos leer el siguiente fragmento:

“...recorrí el mundo,
Escalé la montaña escarpada, atravesé
el mar,
Estoy fatigado de viajar,
El dolor me atenaceo el cuerpo,
He olvidado la dulzura del sueño,
Y no hallé felicidad alguna
Aunque me condené a la miseria
Y saturé mi carne con penurias...”
“...¡Oh, Gigamesh! ¿Por qué vagas sin
cesar?

La vida que buscas nunca la encontrarás
Cuando los dioses crearon al hombre
Decidieron que su destino fuese morir
Y reservaron la inmortalidad para sí.
En cuanto a ti, Gilgamesh, llena tu
vientre,
Día y noche diviértete,
Cada día y cada noche sean de fiesta,
El día y la noche gózalos,

*Usa ropajes bordados,
Vestiduras frescas,
Báñate y lava tu cabeza.
Sé feliz mirando al hijo que te abraza,
Regocíjate cuando tu esposa te abraza,
Porque también esto es destino del
hombre.”*

Vemos aquí como, en el horizonte de la reflexión humana de hace aproximadamente 5000 años ya estaban presentes, en forma germinal, algunos de los problemas que luego ocuparán la reflexión filosófica: la pregunta por el sentido de la vida humana y la pregunta por los modos en que esa vida merece o debe ser vivida.

En efecto, la primera buscará respuestas en la metafísica y la segunda en la ética. No es casual que el mayor de los filósofos griegos, el estagirita Aristóteles, haya fundado la metafísica y que su ética, en tres versiones sucesivas (Ética Nicomaquea, Ética Eudémica y Magna Moralia) sea la obra filosófica de la antigüedad mejor y más detenidamente estudiada (E. Lledó, 1988). ¿Cuál habrá sido el secreto de su éxito?

Veamos, en su ética Aristóteles realiza el primer análisis de la estructura del comportamiento humano con la misma destreza que había tenido en el análisis de la naturaleza pero, comprendiendo que el comportamiento humano excede las coordenadas de interpretación de aquella. Considera entonces a los actos humanos condicionados y condicionantes del contexto espaciotemporal en el

cual se desarrollan, esto es: su historicidad en relación a una tradición de pertenencia (ethos: costumbres, morada). Los actos no son en sí, sino en relación a otros en un complejo plexo de interacciones recíprocas.

El éxito de Aristóteles seguramente estuvo dado por sentar las bases, para nuestra tradición occidental, acerca de cómo reflexionar en torno al buen vivir que también es el buen nacer y el buen morir, en tanto la vida es una sola. Toda la tradición occidental, desde entonces hasta nuestros días, ha mantenido esta pregunta y ha ensayado sus respuestas, siempre dependiente de su historicidad.

Justamente, los procesos histórico-sociales post-industriales que dieron origen a la tecnociencia, desde mediados del siglo XIX hasta bien entrado el siglo XX, generaron una formación discursiva que entronizó al discurso científico naturalista como única forma de saber válido relegando, a veces hasta el escarnio, a las disciplinas filosóficas. El estallido de problemas de todo orden a nivel planetario como efecto de la ausencia de reflexión ética acerca del uso y abuso de los productos tecnológicos llevó a que nuestra humanidad occidental retomara con inusitado vigor, en los últimos 30 años, aquellas viejas preguntas, tan viejas como la humanidad misma. Por eso hoy vemos que la presencia de la ética ha llegado a todas las actividades del obrar humano en lo que se ha dado en llamar un giro ético en la filosofía.

En este Dossier hemos tratado de presentar un panorama actual de estos problemas desde la perspectiva de nuestra práctica profesional, yendo de lo general a lo particular. En primer término la Dra. Alcira Bonilla, Profesora Regular Titular de

Ética de la Facultad de Filosofía y Letras (UBA) e investigadora del CONICET, nos brinda una mirada de conjunto del campo de la ética; en segundo lugar el Dr. Sergio Cecchetto, Profesor de la Universidad Nacional de Mar del Plata e investigador del CONICET y el Dr. José A. Mainetti, investigador del CONICET, realizan una presentación de la bioética desde sus orígenes hasta su estado actual en la Argentina y el mundo; en tercer lugar la Dra. María Lucrecia Rovaletti, Profesora Regular Titular de Psicología, Ética y Derechos Humanos en la Facultad de Psicología (UBA) e investigadora del CONICET, reflexiona en torno a los alcances de una disciplina psico-ética, y luego, el Dr. Juan Carlos Stagnaro, Profesor Regular Titular de Salud Mental en la Facultad de Medicina (UBA), analiza los alcances del discurso bioético en el contexto de la psiquiatría contemporánea. Las últimas dos presentaciones están a cargo de la Lic. Alicia Lanzilota, Miembro del Comité de Bioética de la Investigación Científica, Comité Central de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Comité Central de Ética de la Investigación Clínica de Bs. As. -UBA-, Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, acerca de los Comités de Bioética y finalmente, los miembros de un Comité de Bioética del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, el del Hospital José T. Borda, accedieron a responder nuestros interrogantes concretos acerca de su funcionamiento y alcances a través del reportaje que aquí reproducimos.

Para finalizar diremos que ha guiado nuestro trabajo la intención de brindar un material consistente y actualizado acerca de un tema que nos obliga a pensar y posicionarnos más allá de la alienación global cotidiana ■

Bioética

Una aproximación a su estatuto epistemológico

Sergio Cecchetto

Doctor en Filosofía. Miembro de la Carrera del Investigador Científico (CONICET).
Universidad Nacional de Mar del Plata; Asociación Argentina de Investigaciones Éticas.

José Alberto Mainetti

Doctor en Medicina y en Filosofía. Miembro de la Carrera del Investigador Científico (CONICET).
Fundación J. M. Mainetti para el Progreso de la Medicina.

Breve historia del movimiento bioético

El neologismo "bioética" ofrece una clave para comprender la naturaleza y los orígenes de la joven interdisciplina homónima, que hoy cuenta con treinta y cinco años de vida. Compuesto por las palabras griegas *bios* y *ethiké*, el término conjuga biología y moral, vida y ética, ciencia y conciencia, hechos y valores, ser y deber-ser. La noción fue introducida por vez primera en un artículo de 1970 e incorporada enseguida en un libro por el oncólogo Van Rensselaer Potter, *Bioethics. Bridge to the Future* (1971), cuyo propósito era "contribuir al futuro de la especie humana promoviendo la formación de una nueva disciplina, la disciplina de la Bioética. Si hay 'dos culturas' que parecen incapaces de hablar una a la otra -ciencia y humanidades-, y si esto es parte de la razón por la que el futuro se muestra tan incierto, entonces posiblemente deberíamos tender un puente hacia el futuro construyendo la disciplina de la Bioética como un puente entre las dos culturas" (11).

En sentido estricto, el nuevo vocablo sería redundante cuando se lo traduce literalmente como "ética de la vida", ya que *bios* significa vida humana y sólo a ésta se refiere la conducta moral. En tal entendimiento toda la ética es siempre *bioética*, modo de ser del hombre, único animal ético, cuya vida es norma. Pero la novedad terminológica encierra otra novedad conceptual. ¿A qué *bios* y a qué *ethos* se refiere la bioética? Por definición, se trata de biología o biomedicina y de ética aplicada a la conducta humana en este recortado campo del saber. La bioética, puente hacia el futuro entre las dos culturas, responde al desafío de la crisis vital y normativa de la vida humana y de la ética en la era tecnológica, la cual recoge en su interior las figuras de la catástrofe ecológica, la nueva biología

y la medicalización de la vida (8).

El movimiento bioético, como fenómeno social y cultural constitutivo de la disciplina naciente en los EE.UU., se caracterizó por resumir su programa de acción en un *bios* tecnológico y un *ethos* secular, dadas la tecnificación de la vida y la liberalización de la moral. Y ello fue así porque por un lado, a fines de 1960 comenzaron a hacerse sentir los efectos de la revolución biológica en medicina (nuevas formas de nacer, sobrevivir, procrear y morir), y por otro lado, junto a los nuevos avances biomédicos y sus problemas normativos, se desarrolló otra cultura política, orientada a los derechos civiles y de los consumidores, cuestionadora de toda autoridad, defensora de las minorías y marginados (negros, mujeres, niños, homosexuales, estudiantes, soldados y pacientes).

El primer choque entre ambas fuerzas -el progreso biomédico y el movimiento por los intereses públicos, expresión de la moral civil e instrumento de cambio- se produjo con la controversia académica y política respecto de episodios abusivos en el terreno de la experimentación científica con sujetos humanos (13). Prolongando la sombra de los juicios de Nüremberg, tres casos alcanzaron notoriedad: el *Tuskegee Syphilis Study* (1932-1972), donde 400 personas de color, sifilíticas, se dejaron sin tratamiento para investigar la historia natural de la enfermedad, a pesar de que la penicilina ya había sido descubierta en 1945 y se sabía de su efectividad en el tratamiento de esa noxa; el *Jewish Chronic Disease Cancer Experiment* (1964), donde varios niños con retardo mental fueron infectados a conciencia por virus de hepatitis en ensayos tendientes a elaborar una vacuna; y el *Willowbrook Hepatitis Experiment* (1956-1970), donde un grupo de ancianos recibieron inyecciones de células hepáticas cancerosas como parte de un ensayo experimental (3). Otros picos de ten-

Resumen

El presente artículo historia brevemente el nacimiento de la (inter)disciplina bioética en los Estados Unidos de América a principios de la década de 1970, y señala el horizonte sobre el cual se recortó la creación del neologismo ("bio-ética"), original conjugación de biología y moral, vida y ética, ciencia y conciencia, hechos y valores, ser y deber-ser. Se insiste luego sobre la naturaleza interdisciplinaria de esta rama del saber, y se propone luego una clasificación temática de sus objetos de estudio. Se concluye con el diseño de un panorama escueto del desarrollo de la bioética en Argentina y se realiza una propuesta respecto de las novedades que ella introduce en el terreno de las ciencias de la vida y la atención de la salud.

Palabras clave: Bioética - Historia - Epistemología - Argentina.

BIOETHICS AN EPISTEMOLOGICAL APPROACH

Summary

The present paper reviews the history of the birth of bioethics in the USA at the beginning of the seventies as an inter-discipline. It points out the horizon where the neologism "bio-ethics" appeared as blend of biology and morals, life and ethics, science and conscience, fact and value, being and must. It insists on the interdisciplinary nature of this branch of learning and it proposes a classification of the subject matter studied by it. The paper ends with a concise view of the development of bioethics in Argentina, drawing attention to its contribution to the biological sciences and health care.

Key words: Bioethics - History - Epistemology - Argentina.

sión lo constituyeron la polémica sobre el aborto (con el fallo de la Suprema Corte de 1973), la denuncia de investigaciones fetales y los dilemas planteados por la "tecnología" progresiva de la medicina (transplantes de órganos, diálisis, etc.) (4).

El nacimiento de la bioética en los EE.UU. reconoció, entre sus principales influencias, al moralismo norteamericano, esto es un, fundamentalismo moral derivado del puritanismo protestante y del jansenismo católico, ambos basados en la teología calvinista, que otorgaba principios claros e inequívocos en la materia (7). Otro antecedente de peso fue el sistema legal como método usual para la resolución de conflictos, amparado en el régimen jurídico del derecho consuetudinario (*common law*): en otras palabras, la actitud de elevar a las cortes los problemas entre partes, en la convicción de que debe haber una ley o sentencia como remedio para cada uno de ellos. En el plano político, se destacó también el papel de las comisiones federales, ya del poder legislativo o del ejecutivo, creadas para el estudio, recomendación y asesoramiento en temas específicos. La medicina y la atención de la salud también influyeron de manera decidida sobre el modelo disciplinar naciente, por cuanto los crecientes litigios por malpraxis generaron desprestigio profesional, menoscabo de la autoridad médica, despersonalización de la asistencia e injusticia dentro del sistema sanitario vigente.

La institucionalización de la bioética en Norteamérica se alimentó de distintas vertientes. Una de éstas fue la bibliográfica, que no cesa de crecer en estos treinta y cinco años de vida. La otra refiere a los centros de investigación que se constituyeron como modelos de los más de doscientos a la fecha existentes en el país: el *Institute of Society, Ethics and the Life Sciences* (Hastings, 1969) y el *Kennedy Institute of Ethics* (Georgetown University, 1971). La instalación académica de la bioética, mediante cátedras y programas de enseñanza, registró como pioneros a la *Society for Health and Human Values* (Philadelphia, 1961) y al *Department for Medical Humanities* de la *Hershey Medical School* (Pennsylvania, 1967). Las dos comisiones federales de las últimas décadas del pasado siglo, la nacional (1974-1978) y la presidencial (1979-1983), han contribuido también desde el terreno político a la constitución de la interdisciplina, así como los comités hospitalarios y servicios consultivos de ética lo vinieron haciendo en el plano asistencial desde 1980 en adelante¹ (2).

La orientación ideológica de la bioética como disciplina académica reconoce el pacto secular de las facultades médica, filosófica, teológica y jurídica. El cultivo del campo bioético por filósofos, teólogos y juristas, obligó a dar un giro a la ética médica tradicional, desde su posición centrada en el médico (iatrocentrismo normativo) a la posición actual en torno de la persona del paciente y del ciudadano (prosopocentrismo normativo). La bioética refleja sin duda la influencia de la filosofía analítica anglosajona, del sistema jurídico consuetudinario, de la teología protestante y de una medicina ilustrada, no confesional y poco controlada por una élite deontológica discipli-

naria. Junto al secularismo, otras dos características pre-gnantes pueden todavía señalarse: el academicismo y el conservadorismo. El discurso bioético trasunta la mentalidad de la clase media alta académica y es -por regla general- ideológicamente conservador (por su énfasis en los valores individuales, la separación algo artificial entre lo "ético" y lo "social", su interés en lo económico, su distanciamiento de la realidad hospitalaria) (6).

La naturaleza de la (inter)disciplina bioética

La caracterización de la disciplina que ofreció tempranamente la *Enciclopedia de Bioética* goza todavía de amplia aceptación: ella está definida como el "Estudio sistemático de las dimensiones morales -incluyendo la visión moral, las decisiones, las conductas y las políticas- en el área de las ciencias de la vida y la atención de la salud, empleando una variedad de metodologías éticas en un contexto interdisciplinario" (12). De un análisis somero de esta definición se desprende su carácter aplicado, vale decir que la bioética no implica una nueva moralidad o sistema ético por sus fundamentos o principios. No obstante, el nombre de la disciplina connota la crisis bio-ética del mundo contemporáneo y consagra el enlace sin precedentes entre la ciencia y la ética en la era tecnológica.

Conforme a la caracterización anotada, la bioética es formalmente una rama o subdisciplina de la ética filosófica, dentro de la que suele distinguirse la ética descriptiva, la metaética y la ética normativa. La primera comprende el estudio científico de la moralidad, la descripción y explicación fáctica de las creencias y comportamientos morales (objeto primario del antropólogo, el sociólogo o el historiador). La metaética o rama analítica de la ética filosófica implica el análisis conceptual del significado de los términos morales (como "bueno" y "malo", "correcto" e "incorrecto", "virtud" y "vicio", "moralidad" e "inmoralidad") y el examen lógico del razonamiento moral, su inferencia y justificación. La ética normativa constituye un sistema de normas o principios que rigen la vida moral, y que cuando se aplican a problemas morales específicos dan lugar a la llamada ética aplicada. La bioética sería así, entonces, por naturaleza, ética normativa aplicada, lo cual entraña su dependencia formal y sistemática de la filosofía.

Materialmente, empero, respecto de sus contenidos, la bioética depende de las ciencias de la vida y la atención de la salud. De ello resulta la peculiar naturaleza interdisciplinaria de la bioética, que no es la mera concurrencia de distintas disciplinas (filosofía, biología, medicina, etc.), ni la evaluación de datos científico-técnicos implicados en el juicio moral, sino la metodología interdisciplinaria de valoración integradora de diversas perspectivas intelectuales y morales. En este sentido vale subrayar que la interdisciplinaria no es algo marginal sino el espíritu mismo de la bioética (1). Para los tópicos bioéticos es imprescindible la ponderación de aspectos fácticos, conceptuales y normativos, generalmente entrelazados, de modo que el discernimiento moral involucra a la vez hechos y teorías.

¹ La mejor expresión de este proceso institucional de la bioética como discurso secular y pluralista fue la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biological and Behavioral Research*, cuya creación respondió al debate suscitado por la experimentación biomédica, y cuyo resultado fue una ética de principios universales que consagra el *Belmont Report* ("bienestar", "respeto" por las personas, "equidad"), y un año después (1979) sistematiza el libro de Tom L. Beauchamp, James F. Childress. *Principles of Biomedical Ethics*. New York, Oxford University Press, 1989, 3 ed. (2).

Por otra parte, el contexto normativo de la interdisciplina naciente no es sólo ético-filosófico sino también, y más concretamente, teológico, jurídico y político. El campo bioético involucra entonces mucho más que el estudio de la filosofía moral aplicada a la biomedicina; de hecho abarca todo el ámbito de la filosofía práctica. Bioderecho y biopolítica, por caso, son dimensiones insoslayables para configurar una bioética, que debe evitar caer en un evasivo dualismo de lo "ético" y lo "social" frente a su objeto de estudio complejo y problemático (14).

La bioética es ética aplicada, aunque su *bios* y su *ethos* son por igual novedosos y revelan importantes cambios respecto de su naturaleza científico-tecnológica y moral: a problemas nuevos, planteamientos nuevos. La revolución bioética sobreviene cuando la biomedicina se vuelve pigmaliónica (no hay ya una "naturaleza humana" inmutable) y la ética, secular y pluralista (no hay una ética canónica sino varias éticas rivales coexistiendo dentro de las comunidades actuales). Por otro lado, no es difícil advertir en la bioética el cuerpo de doctrina más acabado de la moral civil en la sociedad avanzada contemporánea. Moralización de la medicina y medicalización de la moral consagran la fórmula bioética en cuanto sistema normativo de la cultura de la salud = bienestar; salud y bienestar como criterios mayores de moralidad.

Clasificación temática de la bioética

No sólo por su comprensión, sino también por su extensión, el concepto bioético es original. La bioética abarca la ética médica (y a la tradicional relación entre enfermo y profesional, la cual implica puja de valoraciones), pero no se limita a ella. Constituye un concepto más amplio en cuatro aspectos importantes. De tal modo que:

Comprende los problemas relacionados con valores que surgen en todas las profesiones de la salud, incluso en todas las profesiones "afines" y las vinculadas con la salud mental.

Se aplica a la investigación biomédica y del comportamiento, independientemente de que influya o no de forma directa en la terapéutica.

Aborda una amplia gama de cuestiones sociales, como las que se relacionan con la salud pública, la salud ocupacional e internacional, y la ética del control de la natalidad, entre otras.

Va más allá de la vida y la salud humanas, por cuanto abarca cuestiones relativas a la vida de los animales y las plantas; por ejemplo, en lo que concierne a experimentos con animales y demandas ambientales conflictivas.

Resulta también útil hacer una distinción oportuna sobre tres niveles de análisis posibles -macro, meso y micro bioéticos. La microbiética corresponde a la ética bio-médica en sentido estricto, es decir la responsabilidad profesional y de la atención de la salud; comprende esencialmente los aspectos morales de la relación terapéutica -veracidad, confidencialidad, consentimiento informado- en el contexto deontológico de derechos y deberes entre profesional y paciente (cliente, usuario, enfermo o voluntario sano), y la eticidad en la atención de la salud, como el derecho al acceso a la salud y las políticas de macro y microasignación de recursos. La macrobioética se confunde con la ética planetaria o específica, vale decir con la problemática ambiental, poblacional, nuclear-

estratégica y de los límites morales que se le pueden fijar a la investigación científico-tecnológica. La mesobioética abarca todas las intervenciones biomédicas sobre la vida humana individual, desde el nacimiento hasta la muerte (y hoy ya más allá de estos eventos): temas alfa (genética, contracepción, reproducción asistida, aborto), temas beta (experimentación humana, trasplantes, control de la conducta) y temas omega (la muerte y el morir). Presupuestos y consecuencias morales se muestran diferentemente según las dimensiones profesional, civil y específica que se aborde, y también de acuerdo con la metodología de trabajo que se adopte (asunto sobre el cual no nos explayaremos aquí).

En un intento por clasificar las temáticas abordadas por la interdisciplina, podemos listar a la ética general (filosófica, religiosa, profesional y aplicada); a la bioética misma (comprendiendo aquí a la historia de la ética médica y a los programas educativos); la filosofía de la biología; la filosofía de la medicina, la enfermería y demás profesiones de la salud; aspectos de la ciencia y la tecnología con la sociedad; los códigos de ética profesional; la sociología de la medicina; la relación profesional-paciente; la atención de la salud; la sexualidad; la contracepción; el aborto; la población; las tecnologías reproductivas; la genética, biología molecular y microbiología; la calidad ambiental; las terapias en salud mental y neurociencias (incluyendo la psicoterapia, los condicionamientos operantes en las terapias, la psicofarmacología, la estimulación eléctrica del cerebro, la psicocirugía, el compromiso civil involuntario, y los derechos de los internados al tratamiento); la experimentación humana; los órganos o tejidos artificiales y transplantados; la muerte y el morir; las dimensiones política e internacional de la biología y la medicina (la guerra, las armas químicas y biológicas, la tortura, la alimentación forzada de prisioneros, y la migración internacional de profesionales); y los derechos de los animales.

El fin de las profesiones de la salud

La palabra "fin" es ambigua y remite al menos a dos sentidos: objetivo o finalidad (*télos*), y por otro lado a la terminación o acabamiento. Provocadoramente intentaremos señalar qué significa la bioética y qué novedades trae para las ciencias de la vida y la atención de la salud. No parece suficiente concebir la interdisciplina sólo como ética aplicada -en la medida en que refleja una nueva moralidad-, ni tampoco conforma comprenderla como una rama, especialidad o profesión dentro de las ciencias de la salud; de las cuales, por el contrario, representaría acaso una nueva síntesis. La bioética es hoy también una disciplina académica afianzada, un estilo o talante intelectual para pensar de modo abarcador problemas complejos que cuentan con múltiples dimensiones dentro suyo, y un movimiento social ciudadano de reclamo frente a problemas y dilemas de ética pública (5).

El fundamento y acicate de la bioética reside en una crisis de identidad de las profesiones de la salud en cuanto a su objeto, método y fin: existe hoy necesidad de redefinir los problemas biomédicos y la biomedicina misma. Pero la bioética ha venido puntualmente a replantear esos fines perseguidos. Se trata de un movimiento que se puede recorrer en dos sentidos: uno va desde ella misma hacia las profesiones biomédicas y otro a la inversa; aquél

es externalista y éste inherente al punto de vista iatrocéntrico. Ensayaremos aquí el primer camino.

Punto de partida para entender la nueva moral es la genealogía misma de la interdisciplina propuesta, en la cual se entrelazan tres principales motivos: la catástrofe ecológica, la revolución biológica y la medicalización de la vida (8). Cada uno de estos motivos determina una correspondiente innovación ideológica, a saber: una "medicina" de la alianza, una "medicina" del deseo y una "medicina" del poder. Tres figuras paradigmáticas, la bíblica de Noé, la mitológica de Pigmalión y la literaria de Knock, permiten intuir el origen de los principios que definen las tres dimensiones éticas de la biomedicina: justicia, beneficio y autonomía. Las dimensiones citadas refieren a herramientas para afrontar la crisis de la atención de la salud y sus tres problemas hoy mayores: costos, calidad y responsabilidad.

La recesión económica de 1970 agudizó la conciencia del precio de la salud; una explosión de costos sanitarios sin resultados equivalentes terminó con la pretendida ecuación atención biomédica = salud. El comportamiento de la salud como bien de consumo en una población envejecida con sus achaques crónicos, y la expansión de servicios médicos encarecidos por la tecnología, la mala praxis y el abuso de la seguridad social, determinaron un generalizado aumento de los gastos sanitarios, volviéndose escasos los recursos disponibles y necesario asignarlos racionalmente. La financiación de la salud es ahora el meollo de cualquier política sanitaria, y ésta a su vez un aspecto muy significativo de la política en general tras la crisis del Estado Benefactor. El problema de la justicia distributiva es complejamente ético y económico, de principios y de resultados, con niveles de macro y micro aplicación de recursos. Las tres principales doctrinas de la justicia social -igualitaria, libertaria y redistribucionista- compiten en la fundamentación de los alternativos sistemas de acceso a la salud -socializado, libre y mixto- (9).

Por otra parte, el imperativo tecnológico al cual se someten las actuales profesiones sanitarias ("usamos más y más tecnología sólo porque se puede, y si algo *puede* hacerse, entonces *debe* hacerse") resulta en beneficio ambiguo, como cada vez son más cuestionables las consecuencias derivadas de la tecnología biomédica. La prolongación artificial de la vida a cualquier costo, por ejemplo, constituye un relativo fracaso cuando las personas ven sus vidas mantenidas en circunstancias bajo las cuales no desearían vivir, y el dilema entre "salvar o dejar morir" se generaliza en los cuidados intensivos. La reproducción asistida, en el otro extremo vital, desconcierta como desafío al orden jurídico de la maternidad y de la paternidad. En consecuencia, se amplía el espectro de la atención de la salud -el cual incluye ahora desde el consejo genético a la cirugía cosmética-, y también los fines de la medicina -tradicionalmente reparadora y cada día más y más modeladora y remodeladora de la naturaleza humana- se someten al análisis utilitarista de costos y beneficios.

Por último, en las sociedades democráticas y pluralistas, la pareja profesional-usuario de servicios de salud está tramitando su divorcio vincular. El ocaso del paternalismo y la mayor participación del enfermo en las decisiones que le atañen plasman nuevos modelos de relación terapéutica que apelan al principio de autonomía, el cual no sólo es doctrina moral sino también requerimiento legal en muchos países.

Tres novedades principales pueden entonces resumir el aporte de la bioética a la presente biomedicina: a) la introducción del sujeto moral (consideración del enfermo 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 sacralidad y cantidad); y c) la justificación del derecho a la salud (la salud como bien social primario y derecho humano básico de tercera generación). Estas tres novedades tienen por fundamento, respectivamente, los principios éticos de autonomía, beneficencia y justicia. Y, a su vez, estos principios se derivan del orden normativo dominante en las correspondientes teorías éticas que se disputan el campo biomédico contemporáneo: deontológica, utilitarista y contractual (10).

Bioética en la Argentina

La creación norteamericana se difundió con rapidez por todo el orbe civilizado. A la República Argentina le cupo la tarea de sembrar el campo de los estudios bioéticos no sólo dentro del territorio nacional sino también dentro del ámbito continental. Prácticamente en paralelo con la instalación de los primeros institutos de gran envergadura en los EE.UU., se organizó en la ciudad de La Plata (Provincia de Buenos Aires) la Fundación José María Mainetti para el Progreso de la Medicina (1969), y un año más tarde y en su seno se creó el Instituto de Humanidades Médicas, en consonancia con el espíritu de las *medical humanities* que estaban desarrollándose en ese momento en el país del norte. La pretensión fue aunar los estudios de medicina (en sentido amplio) con las humanidades (incluidas la filosofía y la ética), para lo cual se dio impulso a la magnífica revista *Quirón* (que se edita ininterrumpidamente desde 1970), y a la creación de una cátedra sobre el particular en la Universidad Nacional de La Plata en la década de 1980. La escuela de historia de las ciencias médicas, de filosofía de la medicina, de antropología y de humanismo médicos florecieron a su vera, y lentamente el trabajo interdisciplinar fue realizando su tarea de recepción, asimilación y crítica.

Las humanidades médicas recibieron con buenos gestos a la bioética hacia 1980, porque ellas mismas estaban buscando un estatuto epistemológico y pedagógico firme para las ciencias de la salud. Si bien la bioética apareció como un producto extraño, caracterizado por la idiosincrasia norteamericana de rechazo por el paternalismo y el entronizamiento de la autonomía de los sujetos libres en aquello que a decisiones en salud refiere, prontamente se comprendió que no se trataba de un manual de recetas para fundamentar conductas en el área sino de una búsqueda de reformulaciones, de paradigmas novedosos que permitieran operar a las ciencias biomédicas en otra escala y bajo otros parámetros. El ambiente académico -renuente en un primer momento- recibió luego con flexibilidad esta intromisión de las profesiones valorativas (en especial a la filosofía, la teología y la justicia) dentro de los asuntos sanitarios, hasta entonces prácticamente vedados a las miradas "ajenas" de los legos. Estos últimos profesionales fueron "extraños morales" que posaron su interés sobre el mundo médico, y sacaron a la luz capítulos completos de situaciones problemáticas y dilemáticas que hasta entonces jamás habían convocado la atención detenida de sus propios hacedores y practicantes.

La historia del movimiento bioético norteamericano ha sido estudiada en muchas ocasiones, quedando algunos pocos pasajes en las sombras, hecho que se presta en ocasiones para la polémica. El caso de la América Latina es completamente diverso, porque la expansión del saber bioético por toda Sudamérica y gran parte del Caribe dependió de la tarea civilizadora emprendida desde las instituciones platenses citadas, y con la colaboración y auxilio de importantes relaciones catedráticas de Madrid (la escuela de Pedro Laín Entralgo) y de Washington (la escuela americana de Texas, liderada por H-T. Engelhardt). La década de 1990 presenció una explosión de grupos, investigadores, académicos, centros de enseñanza, organismos de primer y segundo nivel, asociaciones, fundaciones, comisiones institucionales (Comités de Bioética Hospitalarios; Comisiones de Ética de la Investigación, colegiales, municipales, nacionales...), cuya cantidad hace imposible listarlos, aunque es lógico comprender que la mayor parte de ellos se concentra en las ciudades más importantes del país (Buenos Aires, Córdoba, La Plata, Mar del Plata, Rosario, etc.). Podemos destacar, someramente, que desde 1995 existe una Asociación Argentina de Bioética, que la Escuela Latinoamericana de Bioética (1990) tiene su sede en la ciudad de Gonnet, que los esfuerzos por afianzar los lazos con otros países de la región se condensaron en tierras bonaerenses alrededor de la Federación Latinoamericana de Instituciones de Bioética (1991), y que la ciudad de Buenos Aires fue sede del II Congreso Mundial de la disciplina en 1994. Estas menciones, sin ánimo alguno de exhaustividad, dan cuenta de una posición privilegiada de la Argentina en el concierto de las naciones respecto de la disciplina que nos ocupa, y podría decirse sin faltar a la verdad que el país "produce" docentes y científicos de calidad en esta área del conocimiento, pudiendo incluso "exportarlos" a otras naciones centrales. Cabe resaltar, sin embargo, que la disciplina ha calado hondo sólo en algunos nichos, dejando a otras profesiones y especialidades comprometidas con la salud un tanto al

margen del movimiento general, tal el caso de la bioética en relación con la psicología y con la psiquiatría. Aunque existen sobre el particular desarrollos espléndidos, entendemos que aún no se ha producido el encuentro pleno entre estas realidades y que es de esperar una producción muchísimo más intensa en torno de estos asuntos en un tiempo muy cercano.

Conclusión

Las ciencias de la vida y la atención de la salud han sabido desarrollar su arte de curar, pero en comparación han sido parcas a la hora de pensar ese *hacer* en un registro que fuera más allá de la utilidad inmediata. Cuando las profesiones involucradas en este campo se encontraron con una crisis global, que comprometía su estatuto epistemológico en atención a su carácter contraproductivo específico; cuando se enfrentaron con un fuerte cuestionamiento social que ponía en tela de juicio su razón de ser por cuanto ya no podía identificarse sin más su accionar con la salud individual ni planetaria, con el progreso, con el respeto por los derechos humanos, o con los bienes propios de la cultura; entonces se volvió necesario buscar una nueva fundamentación filosófica que vinculara en un solo paradigma humanidades con ciencias médico-sociales, hechos con valores. Tal situación de desconcierto abarcó los órdenes de la patología, la clínica y la terapéutica, vía regia a través de la cual el pensamiento biomédico se orientaba hacia una antropología, una epistemología y una ética. La flamante bioética ha venido a proporcionar un estudio reflexivo de la acción humana en el área tomando a las disciplinas ocupadas con la vida como objeto, y propiciando un análisis crítico de ella en sus conceptos, métodos, valores y fines. Es por esta causa que, entendemos, la bioética está ganando hondura y floreciendo en distintas regiones del globo, cultivada por expertos llegados desde disciplinas diversas, siempre entusiasmados en trazar lazos de unión entre ciencia y conciencia ■

Referencias bibliográficas

1. Agazzi E, Angelli F, coordinadores. *Quale ética per la bioética?* Milano, Garzanti, 1990.
2. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 3ª ed. New York, Oxford University Press, 1989.
3. Beecher HK. Ethics and Clinical Research. *N Engl J Med* 1966; 274 (24): 1354-1360.
4. Callahan D. *A Short History of Bioethics*. Hastings Center Report, 1990.
5. Cecchetto S. La bioética como nuevo movimiento social. *Quirón* 1996; 27 (1): 96-100.
6. Fox R. The Evolution of American Bioethics: a Sociological Perspective. En: Weisz G, editor. *Op. cit.*: 201-217.
7. Jonsen AR. American moralism and the rise of bioethics. *J Med Philos* 1990; 15 (2): 113-130.
8. Mainetti JA. *Bioética fundamental: la Crisis Bioética*. La Plata, Quirón, 1990.
9. Mainetti JA. Bioética: una nueva filosofía de la salud. *Boletín de la Organización Panamericana de la Salud* 1990; 108 (5-6): 599-601.
10. Mainetti JA. *Introducción a la Bioética*. La Plata, Quirón, 1987.
11. Potter VR. *Bioethics. Bridge to the Future*. New Jersey, Prentice-Hall - Englewood Cliffs, 1971.
12. Reich WT, editor. *Encyclopedia of Bioethics*. 2ª ed. New York, Free Press-Macmillan, 1995.
13. Rothman DJ. Human experimentation and the origins of bioethics in the United States. En: Weisz G, editor. *Social Sciences Perspectives on Medical Ethics*. Dordrecht-Boston-London: Kluwer Academic Publishers; 1990. p. 185-200.
14. Vidal M. *Bioética. Estudios de Bioética Racional*. Madrid, Tecnos, 1989.

Ética: Cuestiones y problemas contemporáneos

Alcira B. Bonilla

Universidad de Buenos Aires – CONICET

E-mail: abonilla@sion.com

Introducción

Sin desdeñar las contribuciones a la ética teórica por parte de disciplinas como la psicología, la antropología, la historiografía, la sociología, la teología y el psicoanálisis, esta colaboración se centra en investigaciones sobre filosofía moral o ética filosófica. Esta elección responde al estado del arte, puesto que estos trabajos han adquirido un carácter central en el pensamiento de nuestros días, a punto tal que obligan a retrazar el mapa de la filosofía actual. Victoria Camps retrata la situación en los términos contundentes que siguen:

“La segunda mitad del siglo XX ha asistido a la evidente recuperación de la teoría ética, hasta el punto de que no es insensato ni erróneo afirmar que, hoy por hoy, la ‘filosofía primera’ ya no es metafísica o teoría del conocimiento, como ocurrió en la modernidad, sino filosofía moral” (17).

Esta caracterización de la ética como “filosofía primera” debe ser considerada aquí meramente como descripción del estado actual de la disciplina (y no en el sentido más fuerte de Emmanuel Lévinas¹). Si a este resurgimiento de la ética se suma el fenómeno de la aparición, desarrollo y auge de la denominada “ética aplicada” (que también produjo una revisión de la ética teórica tradicional), se puede hablar con propiedad de un “giro ético” de la investigación, de la docencia y de diversas dimensiones de las prácticas sociales contemporáneas vinculadas con las normas y valores que enmarcan la convivencia.

Despejando el lenguaje: moral(es) y ética(s)

Aunque los términos “ética” y “moral” resultan muchas veces sinónimos, no carece de interés partir de una reflexión sobre su empleo en diversos contextos. En castellano estos usos están registrados por el *Diccionario de la Real Academia Española (DRAE)*. Se impone igual-

mente un mayor detenimiento en los aspectos etimológicos y la revisión de las diversas acepciones técnico-filosóficas, tanto en autores clásicos como en los contemporáneos, puesto que no se trata de meros “juegos de palabras”, sino que en cada acepción van implicadas tradiciones lingüísticas, filosóficas y profesionales y también confusiones u oscurecimientos de sentido.

La información del *DRAE* resulta bastante descorazonadora, aunque remite a la conflictividad del tema. Se recurre en calidad de ejemplo a tres términos, “ética”, “ético”, “-a” y “moral”, dejando de lado otros importantes de la constelación de “moral” (“moralidad”, “moralista”, “moralización”, “moralizador”, “moralizar”, “moralmente”, “inmoral”, “amoral”). 1) “Ética”: en primer término el *DRAE* señala su proveniencia del latín *aethica*, que deriva del sustantivo griego *ethiké*, a su vez procedente de la forma femenina del adjetivo *ethikós*. La definición de la única acepción que figura remite a un empleo técnico filosófico: “Parte de la filosofía, que trata de la moral y de las obligaciones del hombre” (45). 2) Del adjetivo “ético”, “-ca” se destaca el origen grecolatino (*aethicus*, derivado de *ethikós*, y éste, de *éthos* –costumbre) y se registra una acepción para el adjetivo: “Perteneiente a la ética”, y otra para una sustantivación masculina del mismo: “Persona que estudia o enseña moral” (45). Poco puede hacer un profesor de ética o un investigador con estas definiciones, salvo que se dedique a completarlas con un relevamiento histórico-literario y de los diversos empleos actuales (por ejemplo, el de la palabra “ética” en la expresión “ética profesional”). 3) “Moral”: no se insiste en cuestiones etimológicas y se relevan cuatro acepciones del empleo adjetivo y cuatro como sustantivo: “Perteneiente o relativo a las acciones o caracteres de las personas desde el punto de vista de la bondad o malicia”. “Que no pertenece al campo de los sentidos, por ser de la apreciación del entendimiento o de la conciencia. *Prueba, certidumbre*

¹ E. Lévinas intentó una desarticulación de la ontología contemporánea concibiendo la ética como “filosofía primera”; su postura podría caracterizarse como “trascendentalismo ético”, que ya expone claramente en *Totalité et infini* (38).

Resumen

La filosofía moral o ética ostenta actualmente el rango de “filosofía primera”. Con esta contribución intento reflejar el estado del arte en este campo. El texto se divide en cuatro acápites: “Despejando el lenguaje: moral(es) y ética(s)”, “El fenómeno de la moralidad”, “El uso técnico de los términos en el pensamiento actual” y “La ‘ética aplicada’ y el ‘giro ético’ contemporáneo”

Palabras claves: Ética - Moral - Moralidad - Ética aplicada - Giro ético.

ETHICS: CONTEMPORARY ISSUES AND QUESTIONS

Summary

Moral philosophy or ethics holds the rank of the “first philosophy” nowadays. In this paper I try to reflect the state of art into this field. The text is divided into four sections: “Making clear the language: moral and ethics”, “The phenomenon of the morality”, “The technical use of the words by the current thinkers”, and “‘Applied Ethics’ and the contemporary ‘ethical turn’”.

Key words: Ethics - Moral - Morality - Applied ethics - Ethical turn.

MORAL". Se remite también a un número regular de sustantivos a los cuales el adjetivo tipifica, que son tratados en las entradas correspondientes: "evidencia", "figura", "filosofía", "imposibilidad", "libro", "teología", "verdad", "virtud moral". En cuarta acepción: "Que no concierne al orden jurídico, sino al fuero interno o al respeto humano", con un ejemplo esclarecedor: "Aunque el pago no era exigible, tenía obligación MORAL de hacerlo". Las cuatro acepciones sustantivas: "Ciencia que trata del bien en general, y de las acciones humanas en orden a su bondad o malicia"; "Conjunto de facultades del espíritu, por contraposición a físico"; "Ánimo, arrestos" y "estado de ánimo, individual o colectivo. En relación a tropas, o en el deporte, se refiere al espíritu, o a la confianza en la victoria" (45).

Para el esclarecimiento etimológico de estos términos existen dos vías de acceso. Está la derivación del adjetivo griego mediante el cual se designa una disciplina particular de la filosofía denominada *ethikón*, por oposición a las *physikón* y *dialektikón* (las otras dos partes que la completan, según la división helenística corriente que sistematiza el uso clásico). Esta mención aparece, por ejemplo, en el "Proemio", 18, del conocido texto de Diógenes Laercio (21) y es muestra de que el uso técnico en griego fue primero el adjetivo; así, filósofos como Platón y Aristóteles lo emplean con frecuencia. Si bien en la *Política* (2) aparece la forma sustantivada en plural *tà ethikà*, Aristóteles reconoce este objeto de su investigación (la "ciencia ética") como una "cierta" (*tis*) disciplina "política" y subraya aspectos etimológicos que remiten a una constelación de sentido de las palabras griegas derivadas del radical indoeuropeo **swe* (que designa el hábito en tanto "carácter distintivo y manera de ser individual"). Siguiendo algunas indicaciones del artículo "Mœurs" de Alain Pons, se señala que **swe* se encuentra en el sustantivo neutro *éthos*, *ous* ("hábito", "costumbre", "uso") y en el sustantivo *éthos*, *-ous* que empleado en plural significa la morada familiar, la vivienda, y, en singular, el carácter habitual²:

"A menudo su empleo es cercano al de *éthos*, pero corresponde más bien a la manifestación de lo habitual de un individuo o un colectivo, a su "carácter", y es el sentido que tiene en Aristóteles, con el adjetivo *ethikós* que deriva de allí. En griego, también proviene de la misma raíz, de modo sugestivo, la palabra *éthnos* que designa toda clase de seres de origen o de condición común, por consiguiente, raza, pueblo, nación, tribu" (43).

Si bien no se conoce propiamente la etimología de *mos*, *moris*, palabra que equivale a manera de comportarse, modo de obrar no determinado por la ley sino por el uso, a menudo designa la "costumbre" y el "carácter" (en general, en plural: *mores*). De esta última acepción proviene *moralis*, término creado por Cicerón (*Fat*, 1,1) que traduce el *ethikós* griego, y, en el bajo latín, *moralitas* (24). Es importante recordar que para los antiguos romanos el *mos maiorum*, o sea, el conjunto de costumbres de los antepasados, tuvo una fuerza constrictiva mayor que la de la *lex*³.

Pasando al empleo actual, además del sentido técnico general de la ética como disciplina filosófica, se suele emplear el término "ética", como sustantivo, para designar la conducta moral de la cual se es capaz de dar cuenta, y como adjetivo, "ético, -a", estaría así mostrando la calidad de algún acto o norma moral. Derivado de este sentido es el que denota respeto por un código profesional de ética. De este uso bastante general puede extraerse una conclusión como la siguiente:

"Podríamos decir, por lo tanto, que hay muchas "moraless" y no menos éticas o "filosofías morales", pero una sola ética o conducta consistente en una forma razonada –capaz de dar cuenta de sí misma– de ser moral. Mientras que la moral tiende a ser particular, por la concreción de sus objetos, la ética tiende a ser universal, por la abstracción de sus principios" (10).

Esta afirmación de fuerte cuño universalista que por principio se opone a toda forma de relativismo (y, en este sentido, apuesta a formas de convivencia planetarias), arriesga sin embargo un etnocentrismo larvado. Como se ha visto en los diversos episodios de genocidios, de opresión colonial y de denigración de los inmigrantes con rasgos fenotípicos no occidentales, que invocaron tal universalismo, éste no deja espacio ni teórico ni práctico a otras formas (no europeas, en muchos casos) de entender la racionalidad y la universalidad. En vista de la pluralidad de personas y racionalidades que habitan sobre todo las megalópolis contemporáneas y los conflictos de convivencia y de entendimiento mutuo que se generan constantemente, hoy puede matizarse este universalismo *a priori* con modos más horizontales de entenderse que eluden el riesgo etnolofocéntrico de la cultura occidental, como, por ejemplo, las propuestas de la filosofía intercultural contemporánea de la Escuela de Aachen, desarrolladas en particular por Raúl Fornet-Betancourt y Josef Estermann, que se definen por un modo polilógico de construcción del universalismo a partir de los contextos (25, 26, 27, 28).

Con respecto a los términos "moral" y "moralidad", la cuestión es más compleja, como lo evidencian las acepciones registradas por el DRAE. A. Cortina y E. Martínez ofrecen una sistematización didáctica adecuada de los usos de "moral" y de "moralidad" que se sintetiza a continuación.

Usos de "moral" como sustantivo: A) modelo de conducta socialmente establecido en una sociedad concreta; B) conjunto de convicciones morales personales; C) tratados sistemáticos sobre las cuestiones morales, los cuales comprenden doctrinas morales y teorías éticas; D) disposición de ánimo producida por el carácter y actitudes adquiridos por una persona o grupo; E) dimensión de la vida humana por la cual nos vemos obligados a tomar decisiones y a dar razón de ellas. Entre los usos de "moral" como adjetivo: se destacan las acepciones vinculadas con la oposición "moral"/"inmoral" (sinónimo de moralmente "correcto" o "incorrecto").

² Aristóteles (*Ética Nicomáquea*, II, 1,1003 a) dice, con referencia a la clase ética de las virtudes: "la ética (*ethiké*), en cambio, procede de la costumbre (*éthos*), como lo indica el nombre que varía ligeramente del de costumbre". Puede consultarse para este tema: "El principio etimológico" de José L. Aranguren (1). Pensar la "ética" como derivada de "*éthos*", significa también pensarla como aquello que determina la "morada" del hombre, el espacio de convivencia que éste construye.

³ "Familia, ejército y estado se mantuvieron durante siglos gracias al código normativo de los 'mores'" (10).

to", en cuyo caso se presupondría la existencia de un código o patrón que permita formular el juicio correspondiente) y las vinculadas con la oposición "moral"/"amoral" (términos meramente descriptivos, en tanto "expresan que una conducta es, o no, susceptible de calificación moral porque reúne, o no, los requisitos indispensables para ser puesta en relación con las orientaciones morales (normas, valores, consejos, etc.)".

Usos de "moralidad": A) sinónimo de "moral" en el sentido de una concepción moral concreta; B) sinónimo de 'lo moral': una dimensión de la vida humana identificable entre otras y no reducible a ninguna otra; C) "en la contraposición filosófica de raíz hegeliana entre 'moralidad' y 'eticidad'"⁴. En términos generales, a la ética filosófica interesan sobre todo los usos A y B del término "moralidad". Si bien antropólogos, sociólogos y psicólogos han investigado desde sus perspectivas disciplinarias el fenómeno moral, determinar en qué consiste éste resulta un problema mayor para la ética. Uno de los rasgos más importantes del fenómeno moral es el de la *normatividad*. Pero, entendiendo "norma" en sentido prescriptivo amplio, puede señalarse el rasgo característico de "obligatoriedad" tanto para las normas morales, como para las legales o jurídicas, religiosas, sociales, técnicas, etc.

El fenómeno de la moralidad

Antes de pasar al estudio de algunos ejemplos contemporáneos del uso técnico-filosófico de los términos "ética" y "moral" y de su posible distinción en el contexto de teorías particulares, parece útil una referencia al fenómeno de la moralidad, obvio antecedente a toda reflexión sobre él. El análisis de la experiencia moral brindado por diversas ciencias sociales suministra la base empírica para el desarrollo teórico de la ética o filosofía moral (lo que no significa comisión alguna de "falacia naturalista", sino simple constatación de un modo de ser permanente de la condición humana) y, además, previene acerca de la necesidad de no olvidar los contextos en los cuales se han formulado originariamente las diversas teorías éticas⁵.

Siendo la moralidad una institución humana, se destacan en ella los elementos siguientes: 1) nuestras prácticas morales, al estilo de los castigos y las recompensas; 2) nuestras emociones y sentimientos morales, tales como el agradecimiento, la culpa y otros; 3) nuestros pensamientos y juicios morales (42). Todas las sociedades manifiestan comportamientos práctico-morales, a punto tal que se los ve como inherentes a ellas; las *morales* generalizan estos comportamientos. Por esta razón, Niklas Luhmann define la *moral* en los términos siguientes:

"La moral es una generalización simbólica que reduce la total complejidad reflexiva de las relaciones alter/ego, las cuales son doblemente contingentes a expresiones de estima, y que abre, debido a esta generalización, 1) un espacio libre para los condicionamientos y 2) la posibilidad de reconstruir la complejidad mediante el esquema binario estima/desestima" (40).

Como ya se insinuó antes, esto no significa que las expresiones concretas del hecho moral sean homogéneas en todas las sociedades. Su variabilidad es enorme, puesto que son parte del proceso de autoproducción multiforme del hombre. En un intento de clasificación, se ha hablado, por ejemplo, de la distinción entre culturas de la "vergüenza" (*shame cultures*), entendiéndose por ésta el sentimiento reactivo al juicio adverso de los demás frente a un comportamiento considerado malo, y culturas de la "culpa" (*guilt cultures*), en las cuales la crítica ajena es secundaria, puesto que la reprobación o aprobación del comportamiento proviene del fuero interno. La antropóloga norteamericana Ruth Benedict hizo operativa y célebre esta distinción en su estudio sobre la cultura japonesa de 1946, cuya diferencia "enigmática" con la norteamericana se tornó un asunto de Estado al finalizar la Segunda Guerra Mundial (4). Aproximándose al campo de la ética occidental propiamente dicha, E.R. Dodds se apropia de la distinción antropológica en su esfuerzo por volver comprensible la moral griega arcaica, tal como la exponen los textos homéricos, y sus diferencias con los desarrollos posteriores de la ética griega, sin olvidar la influencia que ejerció también sobre el pensamiento occidental otra de las fuentes ("antigua" y "poderosa") de la cultura de la culpa, la bíblica, ambas determinantes del mundo moderno y todavía influyentes (22).

El uso técnico de los términos en el pensamiento actual

Algunos autores se dan por satisfechos con la distinción técnica más general que ya ha sido tratada. Así Carlos Cullen, quien reconoce la complejidad del campo problemático de la ética filosófica, parte del supuesto de la distinción entre "ética" y "moral", comentando su "relativa aceptación" en nuestros días por parte de la comunidad de especialistas:

"La distinción entre ética -como disciplina filosófica (por lo mismo racional y crítica)- y moral -como el conjunto de valores, normas, principios que rigen las acciones de los hombres (o de grupos de hombres) sin que necesariamente se apele a argumentos que puedan defenderlas racionalmente" (19).

Si bien mantienen la distinción técnica más general, otros pensadores la reelaboran, pero considerándola interna a su posición filosófica indican matices que subrayan alguna característica teórica particular. Para no sobrecargar el artículo, me referiré a autores conocidos en nuestro medio como Jürgen Habermas, John Rawls, la crítica a éste desarrollada por Ronald Dworkin, y la *petite éthique* de Paul Ricoeur.

La posición que Habermas expone en "Del uso pragmático, ético y moral de la razón práctica" (31) no ha perdido actualidad y es la de una "teoría discursiva de la moral" (31); sólo en atención a la terminología aceptada, la sigue llamando "ética del discurso". Para explicar las denominaciones y el contenido, comienza

⁴ Basta recordar que *Moralität* y *Sittlichkeit* ("eticidad") en los *Principios de la Filosofía del Derecho* (33) señalan dos momentos del "Espíritu objetivo" posteriores al del "derecho abstracto"; el momento de la "moralidad", es decir, de la moralidad como voluntad subjetiva tal como ella se manifiesta en el individuo, ha de ser superado y, por consiguiente, no abandonado sino subordinado al de la vida ética, en la cual el individuo ya no existe como momento abstracto, puesto que su subjetividad se realiza en la objetividad de un mundo.

⁵ Poco se entendería de la ética kantiana, por ejemplo, si se olvida el ámbito pietista y de libre examen de la Biblia en el que el filósofo pasó sus primeros años así como el contexto político en que vivió.

por esclarecer diversos usos de la razón práctica, desde una distinción entre cuestiones pragmáticas (preguntas por lo adecuado para alcanzar un fin), éticas (atenden a lo bueno) y morales (planteos sobre lo justo):

“Según se plantee en cada ocasión el problema, la pregunta “¿qué debo hacer?” recibe un significado pragmático, ético o moral. En todos los casos, de lo que se trata es de fundamentar decisiones entre posibilidades de acción alternativas, pero las tareas pragmáticas exigen otro tipo de acciones que las tareas éticas y morales, y, las correspondientes preguntas, otro tipo de respuestas” (31).

El discurso pragmático está orientado hacia la recomendación de una técnica apropiada o de un programa realizable. Si se trata, en cambio, de una decisión sobre valores que afecte la praxis vital, el correspondiente discurso ético-existencial es un consejo acerca de la correcta orientación en la vida. Con el enjuiciamiento moral de acciones y máximas se da un uso diferente:

“Está al servicio de aclarar las legítimas expectativas de comportamiento en vista de conflictos interpersonales que perturben, debido a intereses contrapuestos, la convivencia ordenada. De lo que ahí se trata es de fundamentar y aplicar normas que establezcan los deberes y derechos recíprocos. El terminus ad quem del correspondiente discurso moral-práctico es llegar a un entendimiento mutuo sobre la solución correcta de un conflicto en el campo del actuar regulado por normas”.

Conforme al último pasaje, con respecto a la moral propiamente dicha, Habermas establece una diferenciación entre la perspectiva interrogadora de la primera persona del singular y la del *nosotros* plural, que propiamente es la que va a prevalecer en este nivel. Habermas expresa con claridad estas ideas en el texto siguiente:

“Ya la formación individual de la voluntad sigue, conforme a su idea propia, una argumentación pública que en el fuero interno simplemente se reproduce. Allí donde la moral topa con los límites de la moralidad no estamos ante un cambio de perspectiva, de la interioridad del pensamiento monológico a la publicidad del discurso, sino ante una modificación del planteamiento del problema: lo que se modifica es el rol en el que el otro sujeto nos sale al encuentro” (31).

En su obra mayor, *Teoría de la justicia*, J. Rawls presenta una ética destinada a desplazar el utilitarismo dominante en la tradición americana y a reemplazarlo por un constructivismo deontológico, y propone una teoría política en defensa del Estado democrático liberal moderno. Según estos objetivos, esboza una definición de lo que denomina “teoría moral” en términos del intento de “describir nuestra capacidad moral”, que reduce a “teoría de la justicia”, igualmente pensada como “descriptiva de nuestro sentido de justicia”. Formula tales teorías como una estructura de principios, que, al modo de una “gramática” de lo moral, han de presidir los juicios morales:

“Más bien, lo que se requiere es una formulación de un conjunto de principios que, al ser conjugados con nuestras creencias y conocimientos de las circunstancias, nos conduzcan a formular estos juicios junto con las razones en que se apoyan, si es que fuéramos a aplicar tales principios de manera consciente e inteligente” (44).

Entre los críticos liberales de Rawls, R. Dworkin⁶ se destaca por su fundamentación filosófico-moral del liberalismo (23). Entendiendo por “ética” de modo restringido el estudio de lo que constituye el vivir bien y siguiendo una “estrategia de continuidad”, Dworkin se opone a la estrategia liberal de la discontinuidad entre la perspectiva personal y la política (entre la filosofía política -la teoría de la justicia- y la ética). Recurre a la presentación del contraste entre dos modelos formales antagónicos acerca del valor de una buena vida: el modelo del “impacto”, para el cual el valor de una buena vida consiste en su producto final, y el del “desafío”, donde se encuentran las raíces éticas del liberalismo (23); el valor de una buena vida radica en el valor inherente a un vivir diestramente realizado (23) y éste no se opone, sino que más bien refuerza el vínculo entre vida buena y moralidad (justicia)⁷. Empero, siendo formal, el modelo ético del desafío “no discrimina entre convicciones éticas substantivas” (23).

Si bien las cuestiones de la ética han sido una preocupación constante en la obra de P. Ricoeur, en los escritos de los '90 aparecen sistematizadas en su versión madura. Los “estudios” siete, ocho y nueve de *Soi-même comme un autre*, presentan la *petite éthique* a la que el filósofo ha arribado finalmente. Se reconoce que ni la etimología ni la historia imponen una distinción en el empleo de los términos y, por ello, la reflexión fenomenológico-hermenéutica del autor acata el nombre técnico general de “ética” para tal disciplina. Por otra parte, sostiene que desde un principio se distinguen dos matices: lo que estimamos como bueno y lo que se nos impone como obligatorio. A partir de esta distinción para el uso técnico demandado por su teoría, Ricoeur otorga acepciones diversas a cada uno de los términos:

“Es, pues, por convención que he de reservar el término ética para el objetivo [visée] de una vida cumplida y el de moral para la articulación de este objetivo en normas que, a la vez, se caracterizan por la pretensión de universalidad y por un efecto constrictivo” (46).

Apelando así libremente a ambas herencias, la aristotélica y la kantiana, Ricoeur intenta en la *petite éthique* subrayar una primacía de la ética sobre la moral, la necesidad que el enfoque ético tiene del normativo y la legitimación del recurso prudencial al enfoque ético cuando la aplicación estricta de la norma puede conducir a situaciones prácticas de estancamiento o *impasse*. Según esta hipótesis, entonces, [...] “la moral no constituiría sino una realización limitada, aunque legítima e indispensable, del enfoque ético y, en este sentido, la ética estaría abarcando la moral” (46).

Entre las cuestiones mayores que las éticas filosóficas contemporáneas tratan, aparte de dilucidar la especificidad de la disciplina, su lenguaje y sus modos argumentativos, así como sus vinculaciones con el derecho, las ciencias sociales, otras ciencias, etc., está la de la acción moral, a partir de los planteos clásicos, pero sobre todo insistiendo cada vez más en la centralidad de un concepto novedoso de responsabilidad. Los dos autores emblemáticos para el tratamiento de esta noción son Emmanuel Lévinas y Hans Jonas.

⁶ Pensador proveniente de la Filosofía del derecho y considerado el filósofo público norteamericano más importante.

⁷ “Necesitamos parámetros normativos que definan el reto de vivir, y la justicia entra en la ética cuando preguntamos qué recursos serían adecuados para que la gente comprendiera la naturaleza de ese reto” (23).

Provenientes de la tradición ética del judaísmo así como de la fenomenología y la hermenéutica, ambos subrayan el carácter inexorable de la responsabilidad que se genera a partir de la extrema vulnerabilidad del otro ser vivo (Jonas), o desde la presencia insoslayable del rostro del otro (Lévinas). Responsables y rehenes del otro, todos los seres humanos están obligados a hacerse cargo de la vulnerabilidad del otro que, en razón de esa vulnerabilidad misma, se encuentra fuera de todo deber de reciprocidad. Para usar la expresión conocida de Jonas, la responsabilidad sería “el deber del poder” (34); en Lévinas, tal responsabilidad queda compendiada en el imperativo bíblico: “No matarás” (36, 37, 38, 39). Por cierto en relación con esta problemática está el tratamiento de las cuestiones del sujeto moral, de su autonomía, y de la construcción de la subjetividad y la identidad moral (13, 14), investigadas también desde ópticas excéntricas y/o descentradas de la posición moderna de fundamento del sujeto, que visibilizan un “otro” no incluido en las tradiciones clásicas de la ética. Entre éstas, la enunciada por Lévinas que se acaba de mencionar, a la que también podrían añadirse formas más matizadas de la ética discursiva (5, 6, 7) y las de la filosofía intercultural que toman a su cargo los sujetos en condiciones de marginación particular, como las minorías de género, inmigrantes, grupos discriminados por proveniencia étnica, etc. (14, 16, 28, 29, 50).

La “ética aplicada” y el “giro ético” contemporáneo

En los párrafos introductorios se enunció que la renovación contemporánea de las investigaciones en ética, en especial las filosóficas, es deudora también de la aparición y consolidación de la ética aplicada, un conjunto de disciplinas y prácticas característico de nuestro tiempo, que no carece de antecedentes en el pasado. Basta remitirse al ejemplo de Aristóteles que escribió sus *Éticas* y su *Política* para ilustración de las personas con competencia en la creación de las leyes del Estado (*nomothétai*)⁸. Modernamente, para nombrar un caso entre muchos, un pensador tan desligado de lo público como Baruch Spinoza aportó a la causa de los hermanos De Witt la contribución teórica de su *Tractatus theologico-politicus*, de 1670.

En términos generales, las éticas del siglo XX abordaron sus objetos característicos de un modo tal que poco incidieron en los asuntos prácticos que fueron apareciendo como consecuencia del desarrollo de las ciencias y de la tecnología o de la dinámica propia de la vida social. Una muestra: la ética material de los valores, con M. Scheler y N. Hartmann, habiendo incorporado el concepto de *valor* que las diversas axiologías tomaron de la economía política, se desarrolló al margen de las teorías económicas contemporáneas y de la evolución de la noción de valor en ellas. No obstante la presencia de figuras como las de Jean-Paul Sartre y E. Lévinas,

observaciones análogas podrían hacerse con respecto a las demás corrientes de la ética hasta bien avanzada la segunda parte del siglo pasado, sobre todo si se piensa en los filósofos analíticos posteriores al “giro lingüístico”, que potenciaron la ruptura de la tradición de vínculos con la sociedad y sus problemas.

Movimientos sociales antirracistas, reclamos de minorías étnicas, lingüísticas y sexuales, el auge del feminismo, etc., y debates ocasionados por hechos de incidencia mundial (20), y, sobre todo, los avances de la biotecnología y de la tecnología médica, la percepción de los problemas ecológicos y ambientales, la conciencia creciente de los aspectos moralmente conflictivos de las actividades profesionales y de muchas otras instancias de la vida económica, política y social, incidieron en un replanteamiento de las cuestiones principales de las investigaciones en ética. Las exigencias de un presente conflictivo no sólo fueron motor del pensamiento filosófico, sino que trajeron aparejadas modificaciones en la docencia y en diversas prácticas de intervención, e instituciones nuevas (comités de ética en diversas instituciones, inclusión de criterios éticos para la evaluación de proyectos científicos, etc.).

La aparición de este nuevo saber práctico, caracterizado como interdisciplinario, dialógico y comprometido con el “mundo de la vida”, a punto tal que se hace cargo de la profunda crisis normativa y axiológica contemporánea, señala indudablemente un “giro global”⁹ en la configuración de los saberes y las prácticas, un verdadero “giro ético” que se hace manifiesto en el espacio cada vez mayor ocupado por las investigaciones de “ética aplicada”, el reconocimiento de responsabilidades que exceden el ámbito del conocimiento puro por parte de los científicos, la aparición de nuevos modelos de ciencia que hacen lugar a los valores y las exigencias de esclarecimiento y de orientación por parte de la sociedad global. Tal denominación de “giro ético” sintetiza, a mi entender, la búsqueda de un proyecto de convivencia nuevo, de otras costumbres y hábitos de pensamiento y de acción, de un lugar propio (*êthos*) construido por todos los hombres y para todos los hombres y los seres que habitan y habitarán este “planeta azul”¹⁰. Los problemas de si esta búsqueda -utópica, por cierto- no está desencaminada, de si las éticas surgidas *a posteriori* y a raíz de los conflictos que fueron aludidos más arriba poseen una función crítica y constructiva real, no meramente tranquilizadora y, por consiguiente, virtual, y de si no es tarde ya para una reacción de este tipo, también parecen incitar la reflexión contemporánea¹¹.

La noción habitual de “ética aplicada”, generalmente entendida como “la aplicación sistemática y práctica de criterios ético-filosóficos a las decisiones humanas de importancia”, se basa en supuestos que comienzan a vislumbrarse en la confusión generada por el término “aplicada” mismo. En su primera acepción, éste es el participio pasivo del verbo “aplicar”, con el significado de

⁸ Esta tesis ha sido defendida por R. Bodéüs (11).

⁹ La frase está tomada libremente de Richard Rorty.

¹⁰ La expresión “giro ético” empleada por mí en este artículo y en trabajos que se citan no carece de antecedentes. En primer término, es un eco del empleo generalizado del término “giro” (*turn*), sobre todo a partir de los años sesenta del siglo que acaba de terminar, para designar los cambios más importantes en la marcha del pensamiento contemporáneo (ejs., “giro lingüístico”, “giro postmoderno”, “giro aplicado”). En segundo lugar, no hay que olvidar que se debe a Edmund Husserl la aparición de esta expresión en un contexto filosófico, si bien aquí se la emplea despojada de la perspectiva trascendentalista y fenomenológica en la que fuera formulada originariamente (12).

¹¹ Cf., “Ética después” (8).

“poner una cosa en contacto con otra o sobre otra”. Tanto para el caso del español, como en las lenguas romances y en inglés, este verbo proviene del verbo latino *applicare*, equivalente en la época clásica a “abordar, dirigirse a, apoyar” y, más tardíamente, también a “añadir” (24). Una consideración demasiado rápida de esta etimología puede conducir a la idea errónea de que la “ética aplicada” es mera “aplicación” (un procedimiento mecánico) de principios generales, normas valores y/o modelos de conducta ya conocidos provenientes de alguna ética filosófica o teológica a situaciones y casos. Con esta descripción un tanto irónica se pretende poner de relieve el carácter muchas veces rutinario y, por consiguiente, estéril, cuando no ideológico y dogmático, de ciertas formas de la ética aplicada de uso extendido.

Para evitar este tipo de simplificaciones, el recurso que pareció más eficaz en primera instancia fue el del cambio de denominación, aunque en realidad esta táctica provocó más bien un aumento de la confusión. Así Peter Singer titula de modo redundante su libro de 1979 *Practical Ethics*, sin ofrecer mayores aclaraciones en la definición que adjunta (48) ni discutir las maneras contemporáneas de entender este propósito, y sólo esboza una lista de tales problemas prácticos. Para distinguir esta ética aplicada de otras ramas de la ética, Jean-Louis Baudouin de la Universidad de Montréal la denominó “ética de la situación” (41), colocando a la ética aplicada en la pendiente resbaladiza del situacionismo y del casuismo. Para zanjar estas dificultades, Marie-Hélène Parizeau prefirió “ética sectorial”, cuya neutralidad elogia en tanto refiere al ámbito concreto de investigación (41), pero si bien la “mirada prescriptiva” constituye el lazo o constante entre los sectores que distingue (bioética, *Business Ethics* y ética ambiental), nada se dice acerca de los problemas epistemológicos, metodológicos y de fundamentación y/o justificación más sustantivos; antes bien, se los solapa u oculta.

Heiner Hastedt propone una “ética orientada a la aplicación”, haciendo frente a las dificultades de la denominación *Applied Ethics/Angewandte Ethik* y definiendo argumentativamente la idea de una *anwendungsorientierte Ethik* que sostiene la posibilidad de una reflexión práctica sobre alternativas deseables del desarrollo tecnológico e intenta reducir la brecha tradicional entre ética filosófica y praxis. Sin apriorismo de principios ni respuestas derivadas inmediatamente de la praxis, la ética orientada a la aplicación ha de otorgar similar importancia a la reflexión ética fundamental y al planteamiento de los problemas prácticos y ofrecerlos en su conexión mutua. Para ello convoca, además, a un trabajo interdisciplinario de índole particular e indispensable, puesto que todas las investigaciones en el campo de la ética aplicada reafirman su necesidad. En pocas palabras: *Anwendungsorientierung* significa que la filosofía tiene una orientación hacia la aplicación, pero que la filosofía no se reduce ni debe reducirse a mera *ocupación* con las preguntas de la aplicación (32).

Más allá de estas discusiones terminológicas, en la práctica académica de la investigación y, sobre todo, en los comités de ética se mantiene el nombre de ética aplicada, popularizado desde los Estados Unidos. Por

consiguiente, parece aconsejable el uso de la denominación corriente, si bien en un sentido crítico y, en primer término, poniendo el mayor cuidado posible para eludir el riesgo epistemológico más grave que ella encierra y que tiene que ver con una confusión proveniente del ámbito de la física que distingue entre un “ámbito de principios” y un “ámbito de aplicación”. Si en el campo de la física se distingue entre la física pura o teórica y la física aplicada o técnica, trasladando estas distinciones al dominio de la ética, parecería posible distinguir igualmente entre un ámbito de los principios constituido por los principios morales o las teorías éticas generales, del tipo que fuere y un ámbito de aplicación consistente en la aproximación de estos principios a las situaciones y casos cuya conflictividad fuera evidente mediante el recurso a normas y reglas de aplicación¹². De concebirse así la aplicación de la ética, tal práctica no siempre estaría necesitada de la intervención del filósofo, puesto que podría estandarizarse. Además, tal ética aplicada tampoco serviría de estímulo al trabajo del pensador. En efecto, una vez fijados los principios en la forma que se estime más conveniente y derivadas las normas más importantes, la aplicación propiamente dicha podría quedar confiada a un “eticista”, concebido como un técnico con la tarea de proponer las reglas de aplicación inmediata y la resolución de los casos particulares.

Retomando críticas de A. Leist, hay que subrayar que de esta forma queda franqueado el paso a versiones tanto cuestionables de la ética aplicada, como la reflejada por el “mantra” de Georgestown o el intento ecléctico de T.L. Beauchamp y J.F. Childress, tal como ellos lo exponen en su exitoso *Principles of Biomedical Ethics* (3). Irónicamente, Leist les da el nombre genérico de “ética del libro de recetas”, porque dejan a un lado las disputas fundamentales y sólo muestran los principios en los que tales teorías coinciden, justificando su aplicación a los casos particulares sin tomar en cuenta la gramática propia de cada sistema, que vuelve aparente la concordancia de principios. En tales prácticas la pretendida interdisciplina quedaría reducida a una dificultosa síntesis pluridisciplinaria, establecida por la conjunción de los principios -ético-filosóficos- y la presentación del caso con el esclarecimiento disciplinar del dominio correspondiente -clínico, ambiental, farmacológico, u otro, no llegándose a concreción interdisciplinaria alguna.

Más allá de estas críticas se pueden exhibir algunos rasgos positivos de las investigaciones actuales más fructíferas en este campo que si bien de modo parcial, de acuerdo con las actividades en las que la ética aplicada se inserta, también pueden ser atribuidos a las prácticas de docencia, comités, consultoría, etc., relacionadas con la ética aplicada. Éstos son: 1) el establecimiento de un *continuum* teórico-práctico; vale decir, la iluminación mutua del ámbito de la teoría por el de la práctica y viceversa; 2) el carácter “interdisciplinario” y no sólo multidisciplinario (mera conjunción de disciplinas), al que intentan tender las investigaciones¹³; la orientación “social”, o sea, la ética aplicada se encamina hacia el esclarecimiento y solución de problemas que se presentan en el seno de la sociedad contemporánea¹⁴; y el carácter “dialógico”, puesto que

¹² En los últimos años han surgido modelos de ciencia *postnormal* en los cuales queda sensiblemente disminuida la diferencia entre ciencia *pura* y ciencia *aplicada*. Al incluir estos modelos también valores, no deja de ser atractivo para el filósofo práctico su estudio (30)

más allá de la adhesión particular de los investigadores a alguna de las variantes de la ética, en la mayor parte de las investigaciones se observa una preponderancia metodológica de las hoy denominadas “éticas del diálogo”, denominación apta para designar una amplia gama de teorías de raíz intercultural, hermenéutica, liberal, discursiva, comunitarista, etc.

Destacar los rasgos positivos de la ética aplicada no significa una minimización u ocultamiento de las dificultades y riesgos que su práctica encierra: 1) el problema de los criterios; 2) los problemas de universalidad; 3) el problema de la especificidad de las éticas sectoriales; 4) el problema de las relaciones con la ética filosófica y con la filosofía práctica.

A. Leist que ha visto con agudeza el problema de los criterios muestra cómo la omnipresencia de hecho de la ética aplicada en las sociedades más desarrolladas (evidente, por ejemplo, en la profusión de éticas sectoriales y profesionales) conlleva el riesgo de una trivialización teórica y práctica de la misma. Propone entonces los criterios de “relevancia social” (que el problema afecte o pueda afectar de modo importante a la sociedad en su conjunto o a sectores de la misma) y de “claridad moral” (que los términos del problema involucren conflictos de tipo tal en los cuales se vea la pertinencia de su tratamiento por parte de la ética). La consideración de tales criterios resulta beneficiosa porque señala un límite para las investigaciones y porque su aplicación al campo íntegro de los conflictos contemporáneos ayuda a determinar áreas temáticas de interés escasamente reflejadas por las investigaciones de la ética tradicional que en términos generales siempre tuvo como marco de referencia el obrar temporal y espacialmente acotado de los seres humanos adultos, normales y, en principio, varones (casos “promedio”); ahora se sistematizarían también las áreas que se ofrecen a la ética aplicada a partir de casos “no promedio”:

“Los más conocidos ítems de la ética aplicada pueden articularse en este orden: 1) Pregunta por los derechos de los animales, los derechos morales de la biosfera. 2) El problema del aborto, enjuiciamiento de la medicina de reproducción, investigación en embriones. 3) Ética médica en general. Problema del paternalismo, problema de la eutanasia y de ayudas para morir, profilaxis del suicidio. 4) Ética del medioambiente, problema del hambre en el mundo, las generaciones futuras, amenaza atómica. 5) Responsabilidad histórica, castigo justo.” (35)

Bajo el título de los problemas de “universalidad” se nuclean posibles vinculaciones de la ética aplicada con las discusiones acerca de una ética global. A juicio de diversos pensadores, que solicitan cambios radicales en la ética que tomen en cuenta las nuevas condiciones de la acción, este aspecto de la problemática resulta de la emergencia contemporánea de cuestiones globales, extendidas en el espacio y en el tiempo, y de la globalización de las comunicaciones y del mercado. También aparece la discusión acerca de la posible adopción de principios, normas o imperativos de alcance universal (se trate de la universalización

garantizada por la vía procedimental, de una posible universalidad de contenidos más sustantivos, o de la universalidad de horizonte de la ética intercultural que parte de los contextos). Estos límites de la ética aplicada se hacen evidentes en la distancia que se da entre las éticas predominantes en Occidente y las del Extremo Oriente u otras latitudes. En términos amplios, parece tratarse de la diferencia entre un *ethos* individualista, antropocéntrico, centrado en la autonomía de la persona y el respeto por sus derechos, y un *ethos* holístico, predominantemente biocéntrico (47). El carácter global de los problemas muestra claramente la importancia de la discusión y la necesidad de encontrar posibilidades de armonización entre perspectivas diversas, posibilidades que quizá deban ir más allá del carácter formal de un modelo argumentativo que de manera dudosa puede ser compartido por todos los afectados.

El problema de si la “especificidad” de las éticas sectoriales en su variedad de horizonte temático, metodologías y prácticas no anula el concepto mismo de una ética aplicada e imposibilita una teoría general de la misma así como la interrelación entre las varias éticas sectoriales puede resolverse si la teoría general de la ética aplicada puede ser vista como el espacio privilegiado para dilucidar las cuestiones teóricas de la aplicación misma y de su metodología general y específica y si se estableciera una relación necesaria entre sectores de la ética aplicada, tales como la ética ambiental, la ética de la economía, la ética de las relaciones internacionales, etc., frente a los problemas complejos.

El problema de las “relaciones” de la ética aplicada con la ética y la filosofía práctica puede problematizarse desde dos puntos de vista. En primer término, los filósofos prácticos, se preguntan acerca de la utilidad de estas nuevas cuestiones para el avance real de su labor. Contra los que sostienen la falta de interés filosófico de la ética aplicada, Leist, por ejemplo, defiende la opinión de que la ética aplicada, además de ocuparse con las cuestiones que se le reconocen como específicas, se ha convertido en un campo de pruebas de las teorías éticas. Desde el ángulo de la interdisciplina podemos pensar el problema con mayor profundidad aún, puesto que la función de la filosofía práctica aparece como más amplia que la del mero control metodológico. Si más allá de las necesidades fácticas, en el trabajo del filósofo práctico la interdisciplina aparece como una relación necesaria y estructural, impuesta por la constitución del campo problemático y por el carácter de los actores involucrados, entonces, para el caso particular de la ética aplicada, tal interdisciplina puede ser pensada desde la ética misma. Es más, puede ampliar de modo insospechado el campo práctico dando lugar a actores hasta ahora silenciados que contribuyan a la construcción de saber práctico a partir de sus propios saberes y sus propias experiencias democratizando de modo definitivo el campo de la ética antes reservado a especialistas (15) ■

¹³ Para aclarar los conceptos de “multidisciplina” e “interdisciplina”, de importancia en las investigaciones sobre ética aplicada, se recurre a la distinción efectuada por el antropólogo Héctor Vázquez, según el cual en tanto la primera se refiere a “yuxtaposición de enfoques teóricos diferentes sobre los mismos problemas a partir de disciplinas distintas”, la segunda implica “diferentes niveles de integración teórico-metodológicos entre cada disciplina, mediante la construcción de un común denominador teórico en los dilemas planteados en las zonas fronterizas intermedias” ().

14. Cf., “Ética después” (8).

Referencias bibliográficas

1. Aranguren JL. *Ética*. 4ª ed. Madrid, Revista de Occidente, 1968.
2. Aristóteles. *Política*. Madrid, Centro de estudios políticos y constitucionales, 1997.
3. Beauchamp TL, Childress, JF. *Principles of Biomedical Ethics*. New York, Oxford University Press, 1979.
4. Benedict R. *El crisantemo y la espada*. Madrid, Alianza, 1974.
5. Benhabib, S. *Situating the Self*. New York, Routledge, 1992.
6. Benhabib S. *Los derechos de los Otros. Extranjeros, residentes y ciudadanos*. Barcelona, Gedisa, 2004.
7. Benhabib S. *Las reivindicaciones de la cultura. Igualdad y diversidad en la era global*. Buenos Aires, Katz, 2006.
8. Berbeglia CE. *Ética después*. En: Bianco G (coord.). *El campo de la ética*. Buenos Aires: Edicial; 1997.
9. Bianco G (coord.). *El campo de la ética*. Buenos Aires, Edicial, 1997.
10. Bilbeny N. *Aproximación a la ética*. Barcelona, Ariel, 1992.
11. Bodéüs R. *Le philosophe et la cité. Recherches sur les rapports entre morale et politique dans la pensée d'Aristote*. París, Les Belles Lettres, 1982.
12. Bonilla, AB. El giro ético contemporáneo. En: Bianco, G (coord.). *El campo de la ética. Mediación, discurso y práctica*. Buenos Aires: Edicial; 1997.
13. Bonilla AB. "Eurídice y Orfeo 'ohne Eigenschaften'". En: Bauzá H, comp. *El imaginario en el mito clásico*. IV Jornada organizada por el Centro de Estudios del Imaginario. Buenos Aires: Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires; 2004.
14. Bonilla AB. ¿Quién es el sujeto de la bioética? Reflexiones sobre la vulnerabilidad. En: Losoviz AI, Vidal DA, Bonilla AB. *Bioética y Salud Mental*. Buenos Aires: Akadia; 2006.
15. Bonilla AB. Autonomía moral entre limones y colectivos: la construcción identitaria de las 'mamacitas' bolivianas en Buenos Aires. En: Wehr I, editor. *Un continente en movimiento. Migraciones en América Latina*. Frankfurt a. M./Madrid: Vervuert / Iberoamericana, 2006b.
16. Bonilla AB. Ética, mundo de la vida y migración. En: Salas Astrain R, editor. *Sociedad y mundo de la vida*. Santiago: Ediciones Universidad Católica, Silva Henríquez; 2007.
17. Camps VO, Guariglia F, Salmerón. *Concepciones de la ética*. Madrid, Trotta, 1992.
18. Canto-Sperber M. *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*. París, PUF, 1996.
19. Cullen CA. *El debate ético contemporáneo*. Buenos Aires, Enoikos, 13, 1998.
20. De Marco J, Fox RM. *New Directions in Ethics. The Challenge of Applied Ethics*. New York/London, Routledge & Kegan, 1986.
21. Diogenes Laertius. *Lives of Eminent Philosophers*. London/Cambridge, W. Heinemann, Harvard University Press, 1959.
22. Dodds ER. *Los griegos y lo irracional*. Madrid, Revista de Occidente, 1960.
23. Dworkin R. *Ética privada e igualitarismo político*. Barcelona, Paidós I.C.E./U.A.B, 1993.
24. Ernout A, Meillet A. *Dictionnaire étymologique de la langue latine. Histoire des mots*. 4ª ed. París, Klincksieck, 1959.
25. Estermann J. *Filosofía Andina. Estudio intercultural de la sabiduría autóctona andina*. Quito, Abya-Yala, 1998.
26. Fernet-Betancourt R. *Diskursethik oder Befreiungsethik?* Aachen, Verlag der Augustinus-Buchhandlung, 1992.
27. Fernet-Betancourt R. *Modelle befreiender Theorie in der europäischen Philosophiegeschichte*. Ein Lehrbuch. Frankfurt a. M., IKO, 2002.
28. Fernet-Betancourt R. *Interculturalidad y filosofía en América Latina*. Aachen, Wissenschaftsverlag Mainz, 2003.
29. Fernet-Betancourt R. *Interculturality, Gender and Education*. Frankfurt a. M., IKO, 2004.
30. Funtowicz S, Ravetz J. *Epistemología política. Ciencia con la gente*. Buenos Aires, CEAL, 1994.
31. Habermas J. *Aclaraciones a la ética del discurso*. Madrid, Trotta, 2000.
32. Hastedt H. *Aufklärung und Technik*. Frankfurt a. M., Suhrkamp, 1991.
32. Hegel GWF. *Principios de la Filosofía del Derecho o Derecho Natural y Ciencia Política*. Buenos Aires, Sudamericana, 1975.
33. Jonas H. *El principio de responsabilidad*. Barcelona, Herder, 1995.
34. Leist A. *¿Qué es la ética aplicada? Cuadernos de ética*, 10, 1990.
35. Lévinas E. *Humanismo del otro hombre*. Buenos Aires, Siglo XXI, 1974.
36. Lévinas E. *De otro modo que ser o más allá de la esencia*. Salamanca, Sígueme, 1987.
37. Lévinas E. *Totalité et infini. Essai sur l'exteriorité*. La Haye, Nijhoff, 1961.
38. Lévinas E. *Entre nosotros*. Valencia, Pretextos, 1992.
39. Luhmann N. *Sistemas sociales: Lineamientos para una teoría general*. Barcelona, Anthropolos, 1998.
40. McDonald M, et al. *Toward a Canadian Research Strategy for Applied Ethics*. Ottawa, Canadian Federation for the Humanities, 1988.
41. Platts M. *Dilemas éticos*, México, FCE, 1997.
42. Pons A. *Moeurs*. En: Canto-Sperber M, director. *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*. París: PUF; 1996.
43. Rawls J. *Teoría de la justicia*. México, FCE, 1979.
44. Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*. 21ª ed. Madrid, Espasa-Calpe, 2000.
45. Ricoeur P. *Soi-même comme un autre*. París, Du Seuil, 1990.
46. Sakamoto H. Foundations of East Asian Bioethics. *Eubios Journal of Asian and International Bioethics* 1996; 6 (2).
47. Singer P. *Practical Ethics*. 2ª ed. New York, Cambridge University Press, 1993.
48. Vázquez H. *La investigación sociocultural. Crítica de la razón teórica y de la razón instrumental*. Buenos Aires, Biblos, 1994.
49. Waldenfels B. *Grundmotive einer Phänomenologie des Fremden*. Frankfurt a. M., Suhrkamp, 2006

¿Es posible pensar una Psico-ética?

María Lucrecia Rovaletti

Prof. Titular Regular de Psicología. Ética y Derechos Humanos, Fac. de Psicología,
Universidad de Buenos Aires, Investigador Principal del CONICET.¹
E-mail: mlrova@arnet.com.ar

“La razón humana tiene el destino singular en uno de sus campos de conocimiento, de hallarse acosada por cuestiones que no puede rechazar por ser planteadas por la misma naturaleza de la razón, pero a las que tampoco puede responder por sobrepasar todas sus facultades”

(Kant, A-VII)

En la *Crítica de la Razón Pura*, Kant se pregunta por qué no avanza la *metafísica* frente a los desarrollos de las matemáticas y de la física, e insiste en ese “destino singular” de la razón humana de “hallarse acosada” por cuestiones que por su misma naturaleza no puede rehusar, proponiendo como solución un “giro copernicano”.

Parangonando a Kant, uno podría preguntarse ¿por qué la *Bioética* no avanza en las ciencias humanas y/o sociales² como ocurre en las ciencias médicas? De modo más específico, se podría interrogar ¿cuál es la situación

de la Clínica “psi” que se nutre tanto de unas como de las otras ciencias? ¿Cuál es el giro copernicano necesario para que una *Psico-ética* entre en el camino seguro de la ética aplicada? ¿Será necesario reducir este campo de la Clínica “psi” a las ciencias médicas o será necesario ampliarlo integrándolo a las ciencias humanas y/o sociales?

En la *Enciclopedia de Bioética*³ se define a esta disciplina⁴ como el “estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la atención de la salud, en tanto que dicha conducta es examinada a la luz de los principios y valores morales”. A pesar de estos planteos, se observa actualmente una incautación y una medicalización del concepto de *bíos*, en la medida que éste es reducido a los mecanismos objetivables más generales y básicos, dejando la *vida biográfica* para las ciencias sociales o la literatura. No se advierte que la *vida* -sin dejar de ser lo que es en sus manifestaciones más elementales- puede llegar a nive-

¹ Este trabajo se realiza en el marco del Proyecto PICT 2005, Código 38199.

² No se niega con esto la literatura existente sobre el tema, pero en estas áreas es sensiblemente menor que en la Medicina y en el Derecho, y tiene menos relevancia.

³ Reich WT, ed. *Encyclopedia of Bioethics*. New York, Free Press-Macmillan, 1978, p. 116.

⁴ Sin negar la importancia que las *Deontologías* han adquirido en la formación académica, es preciso insistir que éstas se mueven siempre en el marco de los “deberes profesionales”, de las asociaciones, colegios y corporaciones. El nivel ético se refiere a conflictos y dilemas, acuerdos y desacuerdos, y es previo al nivel legal.

Resumen

Parangonando a Kant en la *Crítica de la Razón Pura*, uno se pregunta por qué la *Bioética* no avanza en las ciencias humanas y/o sociales de modo similar a las ciencias médicas. Más específicamente, ¿cuál es la situación de la Clínica “psi” que se nutre tanto de unas como de las otras ciencias? Se trata ahora de pensar ¿cómo responder al tratamiento ante los rasgos particulares de la vulnerabilidad del enfermo mental, teniendo en cuenta el modo como puede ser afectada su subjetividad y su *autonomía*? ¿Cuál es su *competencia* para *consentir*, 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?.

Palabras clave: Bioética - Psicoética - Autonomía - Competencia - Consentir - Confidencialidad.

IS IT POSSIBLE TO THINK A PSYCHO-ETHIC?

Abstract

Summary

Taking into account Kant's "Critique of Pure Reason" we may ask ourselves the question about why Bioethic does not advance over human and/or social sciences in the way it does advance in the medical field. To be more precise: which is the position of psychiatric/psychological psychopathology, considering that they feed themselves from both types of sciences? It's now the time to think: how should we respond to the way we treat particular vulnerabilities of the mentally ill, taking into account the way in which it may be affected their subjectivity and autonomy? Which is the competence of the patient to consent, without being internally or externally compelled by certain therapeutical practices or before their inclusion in investigation protocols? How is it possible to keep confidentiality, specially in institutions in which exist an interdisciplinary approach of the patient and where the registration of the information is done by means of informatic case reports?

Key words: Bioethics - Psycho-ethics - Autonomy - Competence - Consent - Confidentiality

les tan complejos y diferentes como el humano. Ello exige modos diferentes de considerar los aspectos éticos, según sean las áreas de estudio y de aplicación, sobre todo cuando se trata de un campo tan cargado de valores, símbolos, tradiciones y narrativas personales. Mas aún, la Bioética no sólo ha de ofrecer respuestas a estos interrogantes sino promover también una forma de vivir en esa pluralidad de seres libres, iguales y diferentes que buscan sin embargo un *sentido* a lo que hacen.

En este sentido, França-Tarrago (1996) ha acuñado el término "Psicoética", para ese intento sistemático de clarificar, primero, y de buscar interactiva y consensuadamente, después, los procedimientos adecuados para la correcta resolución de los *conflictos*⁵ éticos que se presentan en la práctica psicológica y psiquiátrica.

Se trata ahora de reparar algunas de las razones que permitan comprender por qué la ética aplicada ha tenido un desarrollo menor y mas tardío en las ciencias humanas y/o sociales, y en nuestro caso en el campo "psi", no sólo en temas de investigación científica sino también en el área clínica, laboral, institucional, forense, psicosocial y comunitario.

La ética de la investigación: características y particularidades

Se puede decir -no sin equivocarse- que los inicios de la Bioética están vinculados a los conflictos en la *investigación biomédica*. Prolongando la mancha de los juicios de Nüremberg, nuevamente se suceden tres casos típicos de notorio alcance: el *Tuskegee Syphilis Study* (1932-1970), el *Jewish Chronic Disease Cancer Experiment* (1964), y el *Willowbrook Hepatitis Experiment* (1956-1970)⁶. La respuesta al debate suscitado por la experimentación biomédica, será la creación de la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biological and Behavioral Research* (1974-1978), cuyo informe - el *Belmont Report*⁷ - se traducirá posteriormente en el "paradigma" de la ética de principios.

Aunque el cuestionamiento a todas estas pruebas experimentales provenía de la falta de *consentimiento informado* necesario en los sujetos involucrados y del

daño experimentado por éstos en la integridad de su cuerpo, no se hacía referencia explícita a los factores psico-sociales en juego. Si se piensa al cuerpo como una suma de órganos que interactúan sin relación alguna a la subjetividad -siguiendo a Descartes-, resulta lógico este planteo que distingue y hasta opone el *daño físico* al *daño psíquico*. Sin embargo en uno u otro caso, siempre es "mi cuerpo" en tanto mi existencia el que sufre, precisamente porque el cuerpo no está junto a mí, sino que es siempre mío y conmigo, por eso no puedo distanciarme de él ni es expropiable: *yo soy mi cuerpo*. El cuerpo es íntegramente psíquico dirá Sartre (1943, 368).

A diferencia de la investigación biomédica donde el *daño* directo al individuo es notorio, en la investigación en ciencias humanas y/o sociales generalmente se considera innecesaria la *evaluación ética*, por el riesgo casi nulo que implican las mismas frente a los beneficios que se otorga a la sociedad. Pero no siempre se da esta situación, en algunas ocasiones es posible encontrar frustración intensa, daño al sensorio, privación del sueño, deterioro de la autoestima, inseguridad, cambio de la autoimagen, sentimientos de culpa, confusión, desilusión, miedos, etc. En el caso de las investigaciones psiquiátricas y sus diversas terapias orgánicas -la electroconvulsiva, la psicofarmacología y la psicocirugía- hay que agregar a éstos, los riesgos específicos notorios que de éstas puedan surgir. Es preciso también tener en cuenta las consecuencias de *maleficencia* que puedan sufrir tanto los individuos como los grupos y la sociedad en su conjunto, ocasionando un *daño moral* por desconocer sus "valores" propios y no *respetar su autonomía*, y por inducir directa o indirectamente comportamientos perjudiciales.

A la hora de evaluar proyectos clínico-farmacológicos y de ciencias humanas y/o sociales, existen también diferencias significativas. En los *Comité de Ética de Investigación Clínica y Farmacológica* los aspectos psico-éticos y sociales son soslayados o se diluyen en problemas generales. En las evaluaciones de *Proyectos de Investigación* en ciencias humanas y/o sociales, la *evaluación ética* no se considera un requerimiento necesario, exigiéndose sólo una revisión de la metodología de investigación del proyecto.

En este sentido, el aumento de las investigaciones en

⁵ Se habla de *conflicto* cuando el agente moral se encuentra ante una *encrucijada*, es decir tiene que elegir entre dos o más alternativas, pero ninguna de ellas está libre de problemas éticos y cualquier alternativa que se elija lesionará algunos valores morales: serán las teorías morales las que busquen encontrar soluciones *racionales*. El *dilema moral* en cambio plantea dos alternativas o soluciones posibles, percibiendo argumentos morales a favor y en contra de cada

una de ellas, quedando en una situación de perplejidad moral, lo cual dificulta la toma de decisiones con buena conciencia.

Ahora bien, como las teorías éticas no garantizan que sea siempre posible resolver de modo satisfactorio todos estos conflictos, en la vida moral no existe a veces absoluta certeza sino más bien decisiones *prudentes*. Por eso puede existir también el *desacuerdo moral*, donde a diferencia del conflicto los sujetos morales no están en un estado de perplejidad sino que se sienten seguros de la justeza o del acierto de sus propios argumentos para apoyar sus respectivas posiciones, no pudiendo considerarlos a ninguno de ellos una persona inmoral o que ha querido emitir un fallo injusto. No obstante, es evidente que las tomas de posición de cada uno son irreconciliables entre sí. Desacuerdos morales similares surgen en nuestra sociedad en torno a los debates sobre el aborto, la eutanasia, el suicidio médicamente asistido, la despenalización de las drogas o el uso de animales para la experimentación científica. A ello debe añadirse las situaciones en las cuales la perplejidad proviene de razones exclusivamente subjetivas.

⁶ En el *Tuskegee Syphilis Study*, 400 negros sifilíticos no recibieron tratamiento, a fin de investigar la historia natural de la enfermedad, hecho que duró hasta 1972 a pesar del descubrimiento de la penicilina en 1945. En el *Jewish Chronic Disease Cancer Experiment*, un grupo de viejos recibieron inyecciones de células cancerosas como parte de una experimentación. En el *Willowbrook State Hospital*, varios niños con retardo mental fueron infectados en ensayos de vacuna con el virus de hepatitis. Finalmente, Henry Beecher en "Ethics and Clinical Research", (*New England Journal of Medicine*, 1966, 274: 1354-1360) denunciará 22 casos de investigaciones que comprometían la salud o la vida de los pacientes.

⁷ Los principios de "beneficiencia", "respeto" por las personas, "equidad", que un año después (1979) son sistematizados en el texto de Beauchamp-Childress.

estas últimas ciencias demanda urgentemente una necesaria *evaluación ética* para que se respete el *principio de beneficencia* (qué resultados se lograrán) y no *maleficencia* (costo-beneficio, aseguramiento ante posibles perjuicios, protección de los sujetos vulnerables), *de autonomía* (información acerca del objetivo de la investigación, consentimiento esclarecido o validado, coerción en la participación, respeto a subordinados, respeto a la intimidad, y singularidad étnica y/o grupal, confidencialidad y resguardo de datos, posibilidad de abandonar la investigación...), el *de justicia* (respeto a la diversidad local, equidad en la selección de la muestra...).

Cuestionamientos y esbozos de una ética en la clínica *psí*

La atención a las patologías psíquicas - asociada en sus inicios exclusivamente al mundo médico- se ha ido transformado siguiendo los avances científicos pero también la mayor exigencia social de respeto por parte de los poderes públicos en general, hacia el derecho y las libertades de las personas.

Los primeros cuestionamientos hacia las prácticas psiquiátricas -que bien podrían estar fundados hoy en los principios de la Bioética- surgen en Francia hacia fines del siglo XVIII, cuando Pinel y colaboradores liberan a los enfermos del cautiverio de cadenas y rejas. En Gran Bretaña, W. Tuke, primero, y O'Connolly después, serán los referentes principales de este movimiento a favor de los alienados. Posteriormente, y a mediados del siglo XIX, como producto de la revolución ilustrada, con la fundación de diversos asilos se promueve el "tratamiento moral" o las prácticas de "non constraint".

A fines del siglo XIX, con Freud la consulta deviene privada, lejos de los hospicios. Al descender dramáticamente el telón de vivencias, emociones, grandezas y miserias, el analista se encuentra con un hombre dividido, complejo y contradictorio, que lucha entre sus mociones inconscientes y la realidad exterior que se le impone. Con ello se pone "de manifiesto un debate entre dos órdenes de valores, los subjetivos expresados por las pulsiones, necesidades, demandas, apetencias y deseos, y los objetivos, propios del otro (en ocasiones valores del mundo, de la cultura, de la sociedad, que el otro representa)" (Paciuk). La ética que postula el psicoanálisis, habla de la neutralidad y la abstinencia: no ceder frente a la *neurosis del paciente*, y no avasallar a éste con la propia *neurosis del analista*.

En un paso fundamental, un movimiento civil movilizará la creación del *National Committee for Mental Hygiene* en EE.UU. en 1909, fruto en parte de las denuncias realizadas por Clifford Beers, un enfermo mental, sobre las duras condiciones de la asistencia psiquiátrica. Muchas décadas después, surgirá el movimiento de la psiquiatría comunitaria como respuesta urgente y angustiada a generaciones cuestionadoras y a guerras

inexplicables, pero también al individualismo y al biologismo impersonal de la psiquiatría, en auge por los descubrimientos farmacológicos. En efecto, esta vez son importantes sociólogos americanos los que se interesan por las patologías mentales y su relación con las estructuras sociales y con las prácticas asistenciales deshumanizadoras en curso. Así Stanton y Schwartz (1954), Caudill (1958), Holligshead y Redlich (1958), y posteriormente en los años '60, Thomas Szasz y Erwin Goffman. En Francia, Daumezon con la psiquiatría de sector, Laing y Cooper en Gran Bretaña, y en Italia Berlinguieri con la des-manicomialización aunarán una fuerte corriente de opinión tanto de la sociedad como de los profesionales, opuesta a los métodos de control social no sólo de las instituciones asistenciales sino de la psiquiatría misma, por considerarlos represivos⁸. Surge de este modo el movimiento de la *antipsiquiatría*, como discurso de denuncia hacia la sociedad injusta y generadora de enfermedad entre los vulnerables, avalando ideológicamente los procesos de desinstitucionalización de miles de personas. Se busca con ello concluir con un "modelo de exclusión", que sin embargo tiempo después vuelve a presentarse pero esta vez como modelos de marginación más complejos, productos de las sociedades neoliberales y globalizadas, asociados a fenómenos de pobreza extrema, de migración aterradora, de discriminación y estigmatización.

Hacia mediados de la década del 70, se reitera nuevamente la crítica hacia la llamada "razón nosográfica" (Hochmann), esa actitud teórica de la psiquiatría que ordena, recorta y clasifica el malestar vital de los hombres, asimilando al enfermo a una cosa fija en un ordenamiento material, riguroso y racional. Para facilitar los estudios estadísticos e informativos estandarizados, estos sistemas diagnósticos-operacionales⁹ intentan ser *ateóricos*, fundados en el carácter objetivo y verificable de los fenómenos observados. El diagnóstico diferencial en vez de individualizar borra los límites entre los individuos, que se pierden así en la masa amorfa de la categoría. A partir de ese momento, los síntomas ya no constituyen un discurso personal, ni expresan esa modalidad original, única y propia de cada individuo de referir su sufrimiento, "sino que se transforman en los rasgos groseros de un cuadro patológico, detrás del cual se buscará en vano el contorno de una vida particular" (Hochmann, 71). Como meta-discurso, la nomenclatura psiquiátrica nada dice del "enfermo"; se refiere a objetos, representaciones, pero no a una realidad personal: el enfermo mismo desaparece detrás de la enfermedad. Y en este dominio tan impregnado de consideraciones morales como es la patología mental, la investigación etiológica desemboca en un juicio, que absuelve o condena: a veces el mal proviene de la biología, otras acusan a la sociedad, finalmente a los componentes intrapsíquicos. La ignorancia respecto de las causas de la enfermedad y su tratamiento, lleva a la ley a abdicar en

⁸ En esa misma época, en nuestro país, el trabajo del grupo de Mauricio Goldemberg en el Hospital Lanús (Pcia de Buenos Aires), y Pichón Rivière en el Hospital Borda (Ciudad de Buenos Aires) confluyen también en debates similares.

⁹ Así surgirán la línea de los DSM desde la *American Psychiatric Association*, y los ICD desde la *Organización Mundial de la Salud*.

los psiquiatras el poner en vigor la internación, ya que se supone que ellos son capaces de arrojar luz sobre esta ignorancia. El médico como representante autorizado de la sociedad, heredero de sumo sacerdote y del chamán, señor de la vida y de la muerte, es el encargado de cumplir mejor la misión de salvaguardar aquello que se le confía.

¿Pero quién es ese enfermo, que desaparece detrás de la categoría abstracta de la enfermedad mental?

Comprender la locura sobre el fondo de la condición humana

«No comprendemos nada de la locura, en tanto nos comportamos frente al loco como un sujeto fuera de sus causas, o lo que es lo mismo que nos lo representemos como un objeto. No comprendemos la locura sino sobre el fondo de la condición humana... o lo que es lo mismo si no vemos en el loco un Mitmensch¹⁰». (Binswanger, 1957, 58)

Precisamente dice Ricoeur, al comparar el hombre "este bruto hecho de existir" con la exigencia de totalidad se le hace manifiesta la existencia como algo que él no produce ni pone. Mas aún, la imaginación que concibe la posibilidad de haber podido no ser viene a mostrarnos esa carencia: "aquí estoy yo, pero no hubo necesidad de que estuviese", y esto "revela el lado negativo que encierran todos los sentimientos de precariedad, de dependencia, de falta de subsistencia y de vértigo existencial... yo soy la in-necesidad viviente de existir"(Ricoeur, 1960, vol. I, 156 ss.). Como "mixto de afirmación originaria y negación existencial", el hombre es la manifestación progresiva de la falla, que lo hace mediador frágil para consigo mismo. Esta diferencia entre las exigencias del yo y su propia contingencia dentro de un mismo destino particular, esta "grieta secreta" nos revela el sentimiento de conflicto. Y la limitación, -desproporción entre finitud e infinitud- deviene sinónimo de falibilidad, de fragilidad, insiste Ricoeur.

Posteriormente en "Autonomía y vulnerabilidad", asumiendo la consideración kantiana de la *autonomía* del ser humano dada la capacidad de darse a sí mismo racionalmente la ley que lo habilita para actuar de modo verdaderamente moral, Ricoeur subraya que ésta se presenta de modo paradójico y como "idea-proyecto": "Porque el ser humano es por hipótesis autónomo, debe llegar a serlo" (Ricoeur, 2001, 86).

"De este modo queda manifiesta una ampliación de sentido de la autonomía, que permite considerarla como la prerrogativa y el desideratum de un ser vulnerable, frágil. Ambos términos, vulnerabilidad y autonomía, lejos de oponerse, se componen entre sí: "la autonomía es la de un ser frágil, vulnerable. Y la fragilidad no sería más que una patología, si no fuera la fragilidad de un ser llamado a ser autónomo, dado que siempre lo es de alguna manera." (Ricoeur, 2001: 87); (Bonilla, 2005, 79).

Retomado conceptos de *Soi-même comme un autre* (1990), Ricoeur define la *autonomía* en primera instancia en términos de poder o capacidad que se despliega



¹⁰ Se traduce, como "ser-con otros"

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.

Se trata ahora de pensar ¿cómo responder al tratamiento ante los rasgos particulares de la vulnerabilidad del enfermo mental, teniendo en cuenta el modo como puede ser afectada su subjetividad y su *autonomía*? ¿Cuál es su *competencia*¹¹ para *consentir* 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? La situación es tanto más sensible, en la medida que 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. ¿Cómo resguardar la intimidad cuando la misma enfermedad mental es muchas veces considerada como un “estigma social”?

En “*La différence entre le normal et le pathologique comme source de respect*”, Ricoeur partiendo del pensamiento de G. Canguilhem, considera que lo patológico es una dimensión distinta pero no inferior respec-

to a la normalidad, a la salud. “La enfermedad es algo distinto a un defecto, a una falta, en una palabra a una cantidad negativa. Es una manera distinta de ser en el mundo”. En este sentido, es “que el paciente tiene una dignidad, es digno de respeto” (Ricoeur, 2001, 226).

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, de vivir el mundo y de vivir con los otros. La enfermedad no es la “consecuencia fatal de la personalidad” sino que, aunque ella sea imprevisible, guarda cierta continuidad con la existencia del enfermo antes de su aparición (Lantéri-Laura, 1957, 669).

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 (Blankenburg, 1983). 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 maníaca), sino es responsabilidad realizada, capacidad de “introvisión” (Braumtigan), de control y de dirección del *self*. La libertad no es un hecho aislado sino un fenómeno interaccional respecto al otro pero también a sí mismo.

Apelando a la responsabilidad que se manifiesta en la extrema vulnerabilidad del otro, y “rehenes del otro” (Levinas) que obliga a cada uno a hacerse cargo del próximo, “curar o ocuparse de” constituye el dilema ético de todo psicoterapeuta. Esto lo hace sentirse obligado a recuperar la dimensión de “alteridad” del *alienus*, 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 (Callieri, 1993, 128) ■

¹¹ 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 dec

Referencias bibliográficas

1. Appelbaum PS, Grisso T.: "The MacArthur treatment competence study. I: Mental illness and competence to consent to treatment" *Law Human Behaviour*, 1995; 19: pp. 105-126.
2. Appelbaum, P. S. & Grisso, T.: "Assessing patients' capacities to consent to treatment", *New England Journal of Medicine*, 1988, 319, pp. 1635-1638.
3. Appelbaum, P.S. & Roth, L. H.: "Clinical issues in the assessment of competency". *American Journal of Psychiatry* 1981,138, pp.1462-1467
4. Baca, E. y Lázaro, J: Hechos y valores en Psiquiatría (ed.), Madrid, Triacastella, 2003
5. Beauchamp, T. "Los fundamentos filosóficos de la ética en psiquiatría", en S. Bloch. et al (o.c.) pp. 35-56.
6. Binswanger, L.: "*Der Mensch in der Psychiatrie*" (1957), *Ausgewählte Werke*, Band IV, Heidelberg, Asanger, 1994, (Herausgegeben von Alice Holzhey-Kunz), pp. 57-72
7. Blankenburg, W: "La psicopatología como ciencia básica", *Revista Chilena de Psiquiatría*, vol. XXI, 1983, pp. 177-188; "Autonomie und Heteronomie Konzept in irher Bedeutung für die psychiatrische Praxis", en W. Janzarick (ed): *Psychopatologie und Praxis*, Stuttgart, Enke, 1985, pp. 29-46; "The dialectic of 'Freedom and Unfreedom' in the Psychiatric View", en A.T. Tymjieniecka (ed.), *Annalecta Husserliana*, Reidel Publishing, 1987, Vol. XXII, pp. 409-423
8. Bloch, S.- Chodoff, P.-Green, S. (eds.) *La ética en psiquiatría* Madrid, Triacastela, 2001.
9. Bonilla, A. "¿Quién es el Sujeto de la Bioética? Reflexiones sobre la vulnerabilidad" en Losoviz A., Vidal, D. y Bonilla, A., (Comp.): *Bioética y Salud Mental*, Bs. As. Akadia, 2006, pp. 75-88.
10. Callieri, B.: "'Curare' o 'prendersi cura di', il dilemma psichiatrico della responsabilità esistenziale", *Atque*, 1993, N° 8, pp. 121-131
11. Drane, J. F. "The many faces of incompetent", *Hastings Centert Report* 1985; 15, pp. 17-21
12. Ferrer, J. J.- Álvarez, J.C. *Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea* Madrid, Universidad de Comillas, 2003
13. Franca-Tarragó, O.: *Ética para psicólogos. Introducción a la Psicoética*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1996
14. Gabbard, G. "Transgresiones de los límites" en S. Bloch et al (o.c.) pp. 143-160.
15. Hochmann, J.: *Hacia una psiquiatría comunitaria; Tesis para una psiquiatría de los conjuntos*, Bs. As., Amorrortu Editores, 1980.
16. Kant, I.: *Kritik der reinen Vernunft*, Hamburg, F. Meiner Verlag, 1956.
17. Lanteri-Laura, G.: "Philosophie phenomenologique et Psychiatrique", *L'Evolution Psychiatrique*, Anné 1957, Fasc. IV, Octubre-Decembre, pp. 653-675.
18. Laplantine, F. (1999) *Antropología de la enfermedad*, Buenos Aires, Ediciones del Sol.
19. Levinas, E. (1974) *Humanismo del otro hombre*, Buenos Aires, Siglo XXI; *Totalité et infini. Essai sur l'exteriorité*, La Haye, Nijhoff, 1961; *Entre nosotros*, Valencia, Pretextos, 1992.
20. Libro Blanco del Comité de Bioética del Consejo de Europa sobre protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastorno mental, 2000.
21. Maliandi, R. "Discurso ético y discurso psicoterapéutico", en Rovaletti, M. L. (ed.) 1995, pp.11-22;
22. Márquez, E.: "Aspectos éticos de la relación clínica", en E. Baca, E. y J. Lázaro (ed.), pp. 363-386.
23. Medrano, J. y Santander, F.: "La valoración de la competencia de los enfermos: un nuevo reto para la psiquiatría", en Baca, E. y J. Lázaro, J. (o.c.) pp. 387-400.
24. Musto, D. "Perspectiva histórica", en S. Bloch, S. et al (o.c.) pp. 19-34;
25. Naciones Unidas: "Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental", A.G. res. 46/119, 46 U.N. GAOR Supp. (No. 49) p. 189, ONU Doc. A/46/49 (1991).Drane, J. F.: "Competency to give an informed consent. A model for making clinical assessments", *JAMA*, 1984, 252, pp.925-927
26. Paciuk, S.: "De los valores de la cura", en Rovaletti, M. L. (ed.) 1995, pp. 105-110.
27. Peele, R. y Chodoff, P. "La ética del tratamiento involuntario y la desinstitucionalización", en S. Bloch, S. et al (o.c.) pp. 397-414.
28. President' s Commission for the study of ethical problems in Medicine and biomedical and behavioral research: Making health care decisions. Washington DC: Governmet Printing Office, 1982
29. Reich, W. "El diagnóstico psiquiátrico como problema ético" en S. Bloch et al (o.c.) pp.189-216.
30. Ricoeur, P.: *Finitude et culpabilité*, Paris, Aubier, 1960. "Puissance de l'affirmation; vrai et fausse angoisse", en *Histoire et Verité*, Paris, Du Seuil, 1955; *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990 ; "Autonomie et vulnerabilité", en *Le juste 2*, Paris, Esprit, 2001, pp. 85-105.
31. Rosenbaum, M. *Ética y valores en psicoterapia*, México, FCE; 1985.
32. Roth, L.H., Meisel, A., y Lidz, C. W.: "Tests of competency to consent to treatment". *American Journal of Psychiatry* 1977; 134, pp.279-284
33. Rovaletti, M. L. (ed.): *Ética y psicoterapia*, Bs. As., Biblos, 1995.
34. Rovaletti, M. L.: "La evaluación ética en los proyectos de Investigación en las Ciencias Sociales: particularidades y exigencias", V Congreso Mundial de Bioética, Sociedad Internacional de Bioética (SIBI), Gijón 2007. "Pour une Critique de la Raison Nosographique", *L'Information Psychiatrique*, N° 5, Volume 77, Mai 2001, pp. 497-503. "Alienación y Libertad", *Investigaciones en Psicología*, 1996, Año 1, N° 1, pp. 119-135. "Reflexiones para una ética del proceso psicoterapéutico", en Rovaletti, M. L.(ed.) 1995, pp. 31-44.
35. Santander F. y Morera, B.: "La bioética en psiquiatría" en E. Baca, E. y J. Lázaro (ed.) pp. 351-362.
36. Sartre, *L' être et le Néant*, Paris, Gallimard, 1943.

Algunos problemas de la psiquiatría contemporánea analizados desde la perspectiva bioética

Juan Carlos Stagnaro

Doctor en Medicina. Profesor Regular Titular del Departamento de Salud Mental
y Docente del Departamento de Humanidades Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.
E-mail: stagnaro@speedy.com.ar

Introducción

La vinculación mantenida hasta el presente entre la bioética y la psiquiatría ha sido escasa.

A diferencia de los médicos de otras especialidades a los psiquiatras no les ha sido fácil incorporar criterios de acción provenientes de la reflexión bioética en razón de las dificultades que presenta su disciplina para ajustarse a las exigencias del modelo biomédico contemporáneo y/o de la metodología científica.

Este conflicto, de antaño conocido, deriva, principalmente aunque no en forma exclusiva, de las características específicas del “saber psiquiátrico”, originado, más que ninguna otra especialidad médica, en la encrucijada de la biología, la psicología, la antropología y la filosofía (*vide infra*). No es que el resto de la medicina esté exenta, para acceder a una praxis de excelencia, de la necesidad de integrar en el “arte de curar” nociones y acciones provenientes de todas esas disciplinas, sino que en las condiciones históricas actuales la psiquiatría queda, más que nunca en una posición marginal y excéntrica respecto de dicho modelo biomédico, en el que campea una manera de pensar el proceso de enfermar, la cura y el paciente, objetiva, a-histórica y a-social (1).

Otro aspecto, de importancia esencial, es el tratamiento que se da a los enfermos mentales en la sociedad. Empujados por la inercia administrativa y por concepciones retrógradas respecto de las afecciones mentales, persisten formas de atención que permiten la subsistencia de instituciones manicomiales en muchos países, verdaderos depósitos de personas haci-

nadas y desposeídas de los derechos más elementales de acceso a una vida digna. Esa situación le corresponde, fundamentalmente, a los pacientes pobres, a quienes no tienen los medios para pagar tratamientos que se conocen y son efectivos, y que quedan reservados a los sectores sociales más pudientes. De resultas de ello se puede hablar de una psiquiatría del privilegio social y una de la miseria económica que constituye para la medicina un verdadero baldón. Esa situación se observa con particular crudeza en muchos de los países en desarrollo. En relación con ello se debe considerar la particular situación de los enfermos mentales y los psiquiatras frente a la ley y las derivaciones de ella respecto de las normativas atinentes a la internación psiquiátrica, a la declaración de insania, tutelaje, etc.; que interpelan las nociones de autonomía, solidaridad social, de los derechos humanos de los pacientes y sus libertades individuales (2, 3).

Sin embargo, y a pesar de que los hechos mencionados son de amplio conocimiento, la penetración de conceptos bioéticos en relación al diagnóstico y a la terapéutica en psiquiatría ha sido reducida.

Es posible que, por esas particularidades del quehacer psiquiátrico -entre otras que resultaría útil explorar, porque quizás interrogan los límites y alcances de la propia bioética- los bioeticistas han prestado poca atención a la psiquiatría y a los problemas que ésta pudiera presentarles como objeto de estudio, atraídos por conflictos más inmediatos o candentes en otras especialidades médicas en el seno de las cuales se plantearon los primeros problemas éticos que los convocaron (4).

Resumen

La penetración de conceptos bioéticos en relación al diagnóstico y la terapéutica en psiquiatría ha sido escasa. A diferencia de los médicos de otras especialidades a los psiquiatras no les ha sido fácil incorporar criterios de acción provenientes de la reflexión bioética en razón de las dificultades que presenta su disciplina para ajustarse a las exigencias del modelo biomédico contemporáneo. Es posible que por las particularidades del quehacer psiquiátrico los bioeticistas hayan prestado poca atención a la psiquiatría y a los problemas que ésta pudiera presentarles como objeto de estudio, atraídos por conflictos más inmediatos o candentes en otras especialidades médicas. Se presentan, en este artículo, algunas reflexiones acerca de ciertas áreas de conflicto que tienen una particular importancia en el ejercicio cotidiano de la especialidad.

Palabras clave: Bioética y psiquiatría – Desinstitucionalización - Hospitales psiquiátricos – Sistemas de salud – Modelo biomédico y psiquiatría.

SOME PROBLEMS OF CONTEMPORARY PSYCHIATRY ANALIZED FROM BIOETHICAL PERSPECTIVE

Summary

The use of bioethic concepts in the diagnosis and clinical psychiatry has been rare. Contrary to what happens with other specialties, it has been no easy for the psychiatrists to incorporate some criteria from the bioethics, given the difficulties of this discipline to meet the criteria of the contemporary biomedical model. It is possible that because of the particularities of the psychiatric practice, the bioethicists have not pay attention to the issues raised by the psychiatry and devoted almost exclusively to the burnings problems of the other medical specialities. In this paper, some reflections on this problem are presented.

Key words: Biethics and psychiatry – Desinstitutionalisation – Psychiatric Hospitals – Health System – Biomedical model and psychiatry.

Sin embargo, justamente por las razones que anteceden, la psiquiatría requeriría una particular atención por parte de ellos ya que se encuentra confrontada con dificultades derivadas de las condiciones sociales e históricas que atraviesan a la medicina y al campo de la Salud en su conjunto.

Sin olvidar que a la psiquiatría le caben también las problemáticas bioéticas generales de la medicina que no trataremos aquí, tales como las particularidades del consentimiento informado en relación a la autonomía de los pacientes -problema altamente complejo en la especialidad-, la vinculación de los médicos con la industria farmacéutica, la investigación clínica en enfermos mentales, etc., presentaremos algunas reflexiones acerca de ciertas áreas de conflicto que tienen una particular importancia en el ejercicio cotidiano de la especialidad.

1) El psiquiatra: agente de cambio o guardián social

Desde su aparición como especialidad médica, a principios del siglo XIX, con la obra fundacional de Phillippe Pinel la psiquiatría osciló entre una función médica de alivio del sufrimiento mental, o, al menos, de protección de las condiciones de vida de los enfermos mentales, hasta entonces tratados en condiciones infrahumanas de aislamiento y encierro (la que según los casos y las épocas no se mejoró mucho tampoco), y una función de custodia de la locura, haciéndose cargo en los manicomios del mandato social que le encomendó construir el andamiaje epistemológico que justificara su misión de librar a la comunidad de la presencia molesta, escandalosa y "peligrosa", de esa minoría de seres humanos encerrados en el universo de las formas de comportamiento designadas como locuras en la cultura occidental. Mucho ocurrió desde entonces. No se desarrollará aquí una revisión de la historia de la psiquiatría. Digamos, sintéticamente, que desde ese planteo inicial, la tensión entre ambas figuras de la psiquiatría no ha hecho más que cambiar de ropajes y expresarse de diferentes maneras. Asistimos así, a diversas etapas de la lucha entre dos corrientes antagónicas que se opusieron a lo largo de los dos últimos siglos: psiquistas y somatistas, organicistas y psicodinamistas, psiquiatras y antipsiquiatras, "manicomiales" y "desinstitucionalizadores"...

En la escena internacional se produjeron diversos intentos, algunos que duran hasta la actualidad, por modificar esas condiciones de las instituciones psiquiátricas. Valgan como ejemplo la política de desinstitucionalización llevada a cabo en los EE. UU., la política del sector, en Francia o la reforma italiana iniciada por Franco Basaglia. Esos ejemplos cundieron en otros países europeos, como España, y se plasmaron en diversas declaraciones internacionales (Asociación Mundial de Psiquiatría: Hawai [1983] y Madrid [1996]; en nuestra región por ejemplo la Declaración de Caracas [1990]) y diversas recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud y leyes nacionales relativas a la Salud Mental.

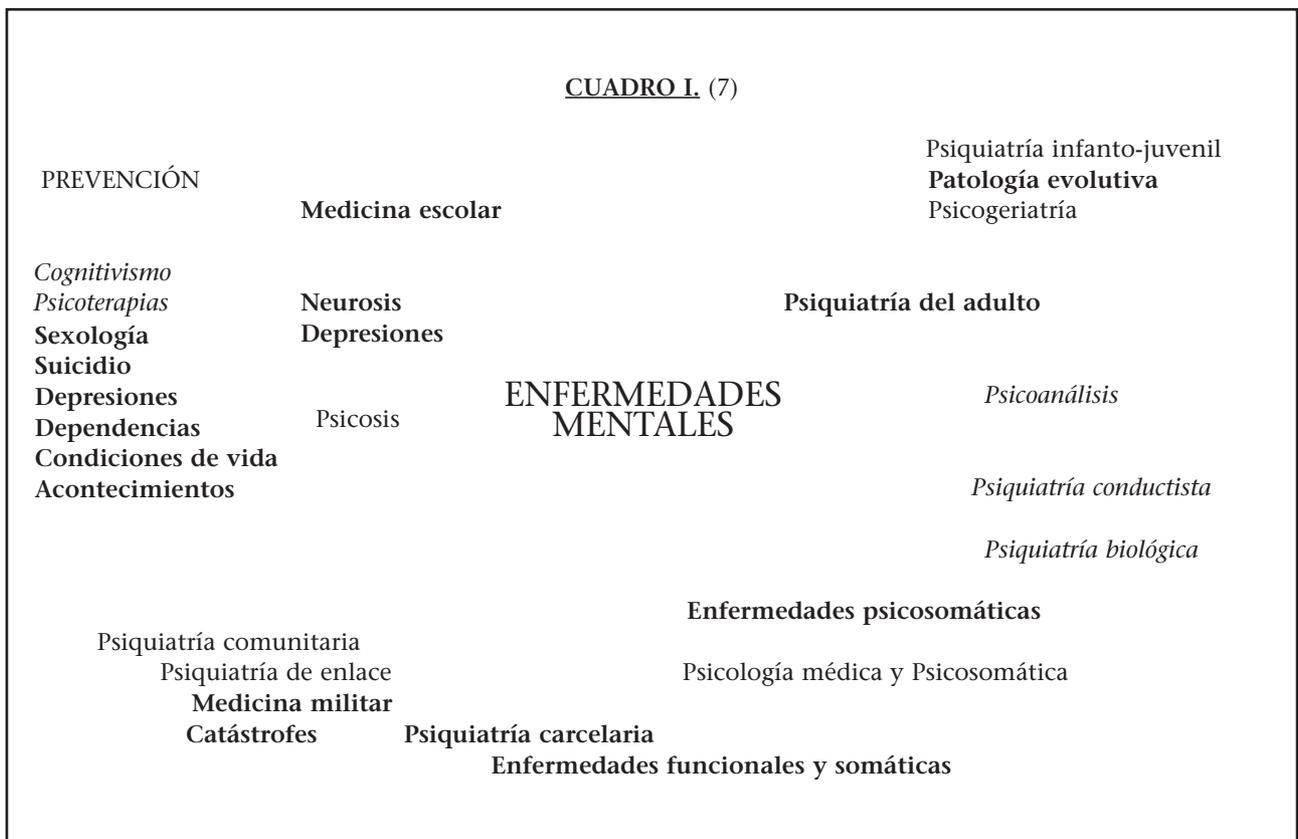
Sin embargo, la pésima situación de los enfermos mentales internados persiste en muchos lugares y es necesario insistir, en que en el momento actual los vien-



tos de cambio deben ocupar el centro de la escena de la especialidad. En otro lugar hemos señalado que “El modelo del viejo hospital psiquiátrico manicomial ya no se puede sostener. No existen razones médicas, técnicas ni económicas que lo justifiquen. La psiquiatría contemporánea (...) aconseja el tratamiento en forma ambulatoria, en instituciones de tiempo parcial y en la comunidad, para evitar el desarraigo, el hospitalismo y la anomia consecuentes a las prolongadas internaciones en los hospitales psiquiátricos tradicionales” ...“La necesidad de mantener ciertas instituciones especializadas, de giro cama rápido, para la atención de las crisis y períodos breves de compensación psíquica, puede seguir siendo necesaria pero, entre otras características, su tamaño (número de pacientes que alberguen) y la cuali-

dad intensiva de los tratamientos administrados debe ser una condición *sine qua non* de su funcionamiento. Los Servicios de Salud Mental en los Hospitales Generales, los Centros de Crisis, los Centros periféricos y las instituciones intermedias (Hospitales de Día, Casas a medio camino, etc.) son, a tal efecto, efectores complementarios válidos para disminuir más aún la necesidad de esos centros monovalentes” (5).

Pero, la complejidad del acontecer psiquiátrico no se agota allí. Simultáneamente con el mantenimiento del manicomio como estructura institucional central del dispositivo psiquiátrico, las fronteras de la especialidad y sus pertinencias se extendieron en el último cuarto de siglo, en múltiples direcciones (6) (Cuadro I).

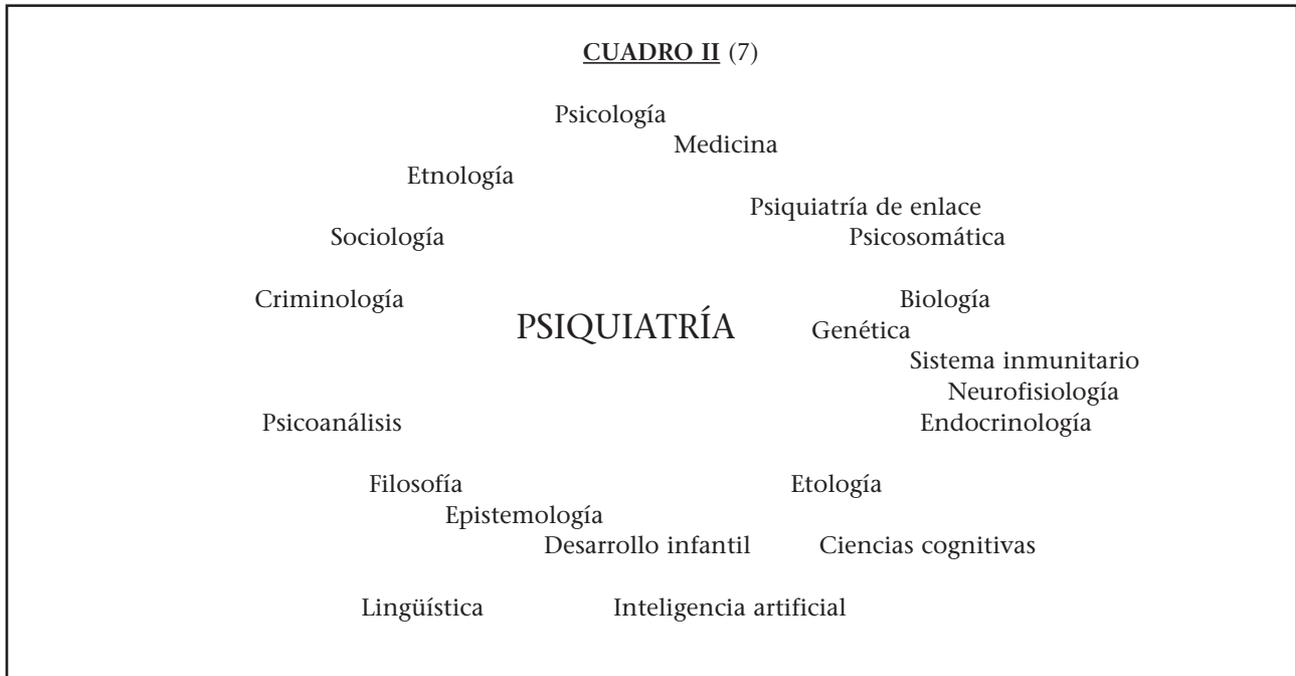


Esta expansión sobre las más diversas conductas humanas, cuyo beneficio puede encontrarse en la mayor atención a la salud mental poblacional, también tiene estribaciones que invaden en meandros las más diversas manifestaciones de la “pena de vivir” y conduce al riesgo de “psiquiatrizar la vida cotidiana”, de proporcionar una coartada basada en el discurso de la medicina mental, a formas de malestar social cuyas motivaciones deberían estar muy lejos de constituir el objeto de la psiquiatría como especialidad médica. Una vez más la autonomía de las personas se podría ver

cuestionada por la sanción impuesta por el discurso psiquiátrico.

2) El reduccionismo biomédico

La psiquiatría, como se señaló antes, se encuentra en una encrucijada epistemológica, en la que se articulan nociones propias de diversos campos disciplinares, tanto de las ciencias humanas como de las naturales; determinando un diálogo complejo (Cuadro II).



Esto que, por un lado constituye su riqueza y la convierte, como se ha dicho, en “la más científica de las humanidades”, y, a la inversa, como “la más humanista de las especialidades médicas” (4), por otro, la aleja del modelo biomédico imperante que exige estándares de “cientificidad” hipotético-deductivos, difícilmente alcanzables por ella.

En efecto, la dimensión intersubjetiva en el diagnóstico, con su extraordinariamente rica pero no reproducible carga hermenéutica, los límites de la investigación fisiopatológica generados por la casi imposibilidad de arribar a conclusiones extrapolables al nivel humano de la investigación en animales, la dificultad para diseñar modelos incruentos de estudio científico del comportamiento normal y patológico en humanos, los obstáculos del establecimiento de protocolos válidos para la investigación en psicoterapias, la dosis de empirismo que conlleva el diseño de sus estrategias terapéuticas, la incertidumbre en el pronóstico evolutivo de muchas afecciones mentales, constriñen a la psiquiatría a operar en un campo que adolece de criterios nosológicos estrictos y esquemas terapéuticos protocolizados, como pueden exhibir otras especialidades de la medicina.

Por ende, una situación, que podría considerarse envidiable, en cuanto a su riqueza multidisciplinaria para aproximarse, comprender y acudir en ayuda del ser humano enfermo, supone, al mismo tiempo, una dificultad para establecer los límites de su campo de pertinencia y para delimitar con nitidez el objeto de su praxis.

En procura de resolver esos problemas y obtener su legitimación en el seno de la profesión médica, basándose en criterios biológicos, los psiquiatras han logrado, a lo largo de los dos siglos de desarrollo de la especialidad, dar consistencia a un “núcleo duro” de la misma en torno a ciertas afecciones de probada base orgánica cerebral capaces de alterar el comportamiento (demencias, ciertas formas de retraso mental, trastornos psicóticos de origen orgánico, entre otros), a los cuales se asimilaron las principales formas de los llamados trastornos endógenos

(esquizofrenia, depresiones severas, trastornos bipolares) a los que se les atribuye una probada (aunque siempre discutida) base fisiopatológica; confortada en los últimos años por estudios científicos neurobiológicos (genéticos, de neuroimágenes, farmacológicos, etc.). (4)

Profundizando ese empeño la psiquiatría ha sufrido una sensible transformación en las últimas dos décadas: de una manera muy global, influida por la concepción biomédica, se instaló en la psiquiatría contemporánea una propuesta para abordar las enfermedades mentales que se apoya en una tríada de supuestos básicos articulados entre sí:

a.- *En primer lugar, suponer que es posible una identificación objetiva y categorial de los trastornos o síndromes mentales por vía de una descripción “a-teórica” como lo propone el DSM IV (8).*

b.- *En segundo lugar, si ese primer punto fuera posible, tratar de establecer una progresiva correlación biunívoca entre cada síndrome así definido y su fisiopatología cerebral.*

c.- *Y en tercer lugar, establecer una correlación entre dicha fisiopatología y su corrección farmacológica combinada con una psicoterapia basada en nuevos desarrollos de las teorías del aprendizaje (por presentarse como teorías psicológicas pasibles de verificación experimental las corrientes cognitivo-comportamentales han gozado de mayor interés en detrimento del psicoanálisis).*

Aunque esta manera de presentar las cosas no goza del consenso de todos los psiquiatras y ha despertado críticas de diversos tipos, se presenta, sin embargo, en el campo de la clínica como una propuesta paradigmática de gran potencia. Las razones de la misma no derivan solamente de su supuesta, y muy discutible, coherencia interna, sino, en gran medida, de una cantidad de factores externos a la disciplina (ideológicos, económicos y corporativos) que intervienen con una enorme

fuerza para imponerla. En efecto, el peso cultural de algunos centros de investigación del hemisferio norte y, particularmente de algunas universidades norteamericanas; la influencia de la industria farmacéutica; la caída del Estado benefactor; el crecimiento de los Servicios Gerenciados de Salud y cambios en las modas y hábitos culturales, y en la subjetividad de la población, estuvieron entre las causas principales que abonaron el terreno para darle el sustento del que goza actualmente esa expresión del modelo biomédico en psiquiatría (6).

3) Comercio o servicio

El contexto socioeconómico condiciona profundamente las decisiones médicas y las consecuencias bioéticas de las mismas. Obviamente, la psiquiatría, en tanto especialidad médica, está alcanzada por la misma problemática.

Dentro de ese fenómeno universal llamado globalización -versión actual de la división internacional del trabajo entre el centro y la periferia del capitalismo mundial- se enfrentan dos teorías del ordenamiento social: la del Estado mínimo o mercantilista (propia de las corrientes neoliberales de la política y la economía) y la del Estado de bienestar o solidario.

De ellas se desprenden modelos de Seguridad Social opuestos entre sí. No solamente por el tipo de gerenciamiento, sino por sus escalas de valores lo cual acarrea distintas orientaciones bioéticas (9).

El modelo mercantilista aplica los criterios de la economía de mercado al ámbito de la salud. Esta mercantilización acarrea desigualdades flagrantes al violar el principio de iguales prestaciones ante distintos aportes al entregar la mercancía -para el caso la atención en salud-, sólo a quienes pueden pagarla y de calidad creciente de acuerdo al mayor poder adquisitivo del cliente. El resto deberá conformarse con una atención de calidad crecientemente menor o con la caridad estatal. Este modelo se concretiza en el sistema gerenciado de salud de progresiva extensión a nivel mundial.

En el extremo opuesto, el modelo solidario, basado en el respeto a los derechos sociales con garantía estatal, se basa en tres principios:

cada persona ha de tener un derecho igual al de todos para acceder al más amplio sistema de libertades básicas,

todas las personas deben gozar de la misma igualdad de oportunidades, y

debe existir una desigualdad justa, es decir, dar más al que menos tiene.

Toda medicina con orientación solidaria es universal, equitativa y con contención de costos (lo cual no es igual a recortes arbitrarios) y se basa en una asignación ética de recursos.

Esos dos modelos contrapuestos tienen efectos mayúsculos sobre el quehacer de los psiquiatras, sobre sus condiciones de trabajo, sobre su tarea diagnóstica,

sobre el establecimiento de decisiones terapéuticas y sobre las características de la relación médico-paciente. Va de suyo que la misma tendrá una dinámica distinta si se desarrolla en el marco de una consulta hospitalaria gratuita, en un consultorio privado o en una obra social o de seguro médico pre-pago. El encuadre de la misma será influido distintamente si existe un tercero pagador o si el pago de honorarios es directo, por ejemplo. Es lo que ha llevado a afirmar que, en tanto "la praxis psiquiátrica tiene lugar con sujetos vulnerables, a menudo con una competencia disminuida, que comparten con nosotros los aspectos más íntimos de su vida y de sus vivencias, y que, a menudo dependen de terceros para supervivencia afectiva o efectiva [...] el papel beneficiarista del terapeuta puede encontrar su desarrollo más profundo y [en el mismo] se hace imperativo implicar a cuantos se acercan para promover el proyecto vital de los sujetos afectados y maximizar su autonomía, evitando el desamparo" (4).

Con la caída del Estado Benefactor, numerosos factores propios del campo externo a la medicina: políticos, sociales y económicos; tales como la profunda mercantilización de los servicios médicos y la crisis del Hospital Público, la precariedad del empleo profesional, el nuevo perfil de los hoy llamados usuarios (ex-pacientes), los intereses de las industrias farmacéutica y de aparatología, etc., están influyendo en un grado superlativo, en las definiciones de lo que es un médico y de lo que es la medicina (10), lo que es y cómo trabaja un psiquiatra y lo que es y cuál es la misión de la psiquiatría.

Conclusiones

A partir de los problemas que la bioética ha trabajado en la medicina del siglo XX (17,18), su aplicación a la psiquiatría puede proporcionar un fructífero viraje a la praxis de la especialidad. Al mismo tiempo puede beneficiarse al encontrar problemáticas difíciles o imposibles de resolver en base a los principios clásicos de la bioética norteamericana contribuyendo a una revisión de algunos de ellos (19). Siguiendo el orden de los apartados enumerados cabe presentar proposiciones que pueden aportar a la bioética temas de interés para su estudio:

1) *Los principios básicos de la bioética (autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia) se encuentran cuestionados por las estructuras manicomiales.* Un análisis profundo y circunstanciado de esos tópicos puede contribuir desde el aporte bioético a fundamentar la urgente necesidad de terminar con esas formas de práctica institucional.

2) Si tomar decisiones bioéticas implica hacerlo en el marco de conocimientos posibles, esos conocimientos condicionarán las opciones éticas; más aún podrían prefigurarlas. Es así que si, en las condiciones actuales, esos conocimientos provienen de una estructura de pensamiento biomédico reduccionista las decisiones que se tomen estarán viciadas del sesgo epistemológico que les haya provisto la matriz de pensamiento utilizada.

En consecuencia, *para encarar una psiquiatría atravesada por un ética respetuosa del sufrimiento humano se debe partir de una crítica radical del modelo biomédico reduccionista en la especialidad*. Y la única posibilidad de hacer pie en una crítica fundamentada a ese modelo se puede encontrar en la actualización de lo que ha dado en llamarse el modelo médico antropológico o sea una medicina de la persona, considerada ésta en su integridad e individualidad (11,12,13,14,15).

3) *Una ética basada en el rescate de valores antropológicos en la concepción de la medicina, debe considerar las condiciones sociales y económicas de la práctica médica*(16).

El respeto a los derechos sociales de los ciudadanos es condición para la preservación de la salud mental de las personas, y modela el accionar de los psiquiatras tanto a nivel de sus decisiones técnicas, como de los valores que las mismas vehiculizan. La práctica de una psiquiatría atravesada por una crítica bioética puede fijar orientaciones novedosas para resolver, con fundamento moral, los problemas planteados por los sistemas de salud mercantilistas, el asistencialismo y la beneficencia privada o estatal.

El presente artículo tuvo una versión anterior en *Biophronesis, Revista de Bioética y Socioantropología en Medicina*, Vol. II - Nº 1 – 2007 ■

Referencias bibliográficas

1. Outomuro D et al. La relación médico paciente desde una perspectiva bioética. *Rev Fund de la Fac de Medicina*, Dic 2001, XI, (42): 12-15.
2. Kraut JA. *Salud Mental. Tutela Jurídica*. Santa Fe: Rubinzal-Culzoni, 2006, pp. 437-487.
3. Kraut JA. *Pacientes mentales y Derecho privado. Tutela Jurídica*. Santa Fe: Rubinzal-Culzoni, 2006, 187-203; 213-254.
4. Morera, B; Santander F. La perspectiva ética en la praxis psiquiátrica: ¿Dónde estamos? *Archivos de Psiquiatría*, 2001,64(4): 289-293.
5. Stagnaro JC. Los psiquiatras y los hospitales psiquiátricos: del asilo a la comunidad *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 2006, XI(65): 28-34.
6. Stagnaro JC. La formación de especialistas en psiquiatría hoy: un desafío epistemológico. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 2000; XI Suppl1: S 18-22.
7. Thurin J-M. Tableau de la recherche psychiatrique en france. *Pour la Recherche, Bulletin de la Fédération Française de Psychiatrie*, 1995 (5): 5-8.
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV*, Washington DC : American Psychiatric Association, 1994.
9. Lazzari AH. Bioética de la distribución de recursos en salud. *Desarrollos en Psiquiatría Argentina*. 1997, 2, (4): 63-68.
10. Escudero J C, Diloretto M. La vida material y la ética. *Revista Ethica*, Consejo de médicos de la Provincia de Córdoba, 1996, pp.16-20.
11. Gil Yepaz C. *Introducción a la medicina antropológica*. Caracas: Universidad Central de Venezuela, 1974.
12. Laín Entralgo P. *Antropología médica*. Barcelona: Salvat, 1984.
13. Meeroff M. Definición de médico integral. *Claves*. 1999, IX (15/16): 75-79.
15. Weiszäcker V. *El hombre enfermo. Una introducción a la antropología médica*. Barcelona: Miraccles, 1956.
16. Meeroff M. *Medicina integral, Salud para la comunidad*. Buenos Aires: Catálogos, 1999
17. Neuchloz SM. *La medicina como ciencia y como actividad social*. Buenos Aires: Losada, 1944.
17. Hottois G. *El paradigma bioético*. Barcelona: Anthropos, 1991.
18. Roa, A. "La deshumanización de la medicina" y "Responsabilidad de médico y paciente ante la enfermedad a lo largo del siglo veinte". En *Ética y bioética*. Santiago de Chile: Andrés Bello, 1998, pp. 142-163.
19. Roa, A. "La relación médico-paciente en la bioética norteamericana". En *Ética y bioética*. Santiago de Chile: Andrés Bello, 1998, pp. 164-172.

Comités de Bioética

Alicia Lanzilota

Licenciada en Psicología. Comité Central de Ética de la Investigación Clínica de Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires (UBA). Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires.

E-mail: alicialanzilotta@yahoo.com.ar

Qué es un comité de bioética. Comité de Bioética Asistencial y Comité de Bioética de la Investigación. Los orígenes. Los comités de Bioética en Argentina y en la Ciudad de Buenos Aires.

Los comités de bioética (CB) son grupos interdisciplinarios, pluralistas y participativos, cuyo objetivo es la protección de los derechos y el bienestar de las personas en las instituciones de salud en la que se desempeñan.

Se originaron en los EE.UU. en los años '70, para dar respuesta a nuevos problemas en el ámbito de la medicina que obligan a los profesionales de la salud a tomar decisiones de índole moral.

Hay dos clases de comité de bioética: los de bioética asistencial y los de bioética en investigación ¹.

Los de bioética asistencial tienen como función consultiva, la evaluación de los conflictos o dilemas éticos que reciben en consulta, como así también las que adviertan sus integrantes en las distintas áreas, para producir recomendaciones. Éstas tienen carácter orientativo, no son vinculantes para las partes.

Los de bioética en investigación tienen una función específica: controlar el cumplimiento de las normas éticas a través del análisis de los protocolos de investigación. En este caso el dictamen del comité es vinculante: el protocolo necesita la aprobación del comité para ejecutarse.

Existen muchas instituciones que tienen un solo comité que cumple las dos funciones. Otros tienen un comité, con subcomités para el tratamiento de cuestiones específicas, como la evaluación de protocolos de investigación. Pocas instituciones de salud en el sector público tienen dos comités para la atención de cuestiones asistenciales y de investigación.

Los primeros Comités de Bioética

Las decisiones morales son asunto de la comunidad

Algunos autores consideran que el primer comité de bioética es el que se estableció en 1962, en Seattle, EE.UU. Belding Scribner diseñó un dispositivo para hemodiálisis, una solución para pacientes con deficiencia renal. Como la cantidad de personas que solicitaban tratamiento excedía las posibilidades del centro, el Dr. Scribner decidió crear un comité de legos para seleccionar a los beneficiarios, por cuestiones distintas a las clínicas ya que todos tenían condiciones similares y necesitaban la atención. La revista *Life* publicó la historia que tituló "*They decide who lives, who dies*" (Ellos deciden quién vive, quién muere). En Septiembre de 1992 se realizó en la Universidad de Washington, Seattle, una reunión para conmemorar el nacimiento de la bioética. Tomaban como punto de referencia el artículo de la revista *Life* del 9 de noviembre de 1962.

¹ Son equivalentes las denominaciones: Comité de Bioética (COB), Comité Hospitalario de Ética (CHE) para referirse a los comités en general. Según sus funciones se denominan: Comité de Ética Asistencial (CEA), Comité de Ética en Investigación (CEI) o Comité de Bioética en Investigación (CBI).

Resumen

El presente artículo realiza un breve recorrido histórico mostrando el contexto de creación de los Comités de Bioética (CB). Se analizan los conflictos morales que enfrentaron los médicos con la introducción de nuevas tecnologías y la creación de los primeros comités en los EE.UU. y el conocimiento y difusión de abusos cometidos en las investigaciones biomédicas, que dieron lugar al establecimiento de pautas éticas para la ejecución de la investigación biomédica y la creación de comités para el control de su cumplimiento. Se informa sobre el proceso de fundación de los CB en la Argentina tomando el modelo de los comités norteamericanos, y su establecimiento y consolidación en cumplimiento de leyes y normas de los organismos de salud estatales. Se comunica la normativa vigente y el funcionamiento de los CB en la Ciudad de Buenos Aires, a través de los datos de un relevamiento.

Palabras clave: Comité de Bioética Asistencial - Comité de Bioética de Investigación - Normativa vigente.

BIOETHICS COMMITTEES

Summary

The present paper exposes a brief historical route showing the context of the Ethics Committee developing. The moral conflicts in clinical care that doctors had to face with the introduction of the new technologies, the creation of the first clinical committees in USA and the abuses in the biomedical investigations, determined the establishment of ethical guidelines and settled institutional review committees for its control.

First Bioethics Committees in Argentina were established by adopting the US Ethic Committees model. The proliferation of hospital ethics committees was related to local regulations requirements. Current regulations. Bioethics Committees in Buenos Aires City, through the data of a survey.

Key words: Bioethics Committees - Clinical Ethics Committee and Research Ethics - Committee - Current regulations.

Casos que conmovieron a la opinión pública

El antecedente más concreto de un Comité de Ética Asistencial, con características de los actuales comités de bioética, fue el creado en 1976, en la Morris View Nursing Home, en Nueva Jersey, EE.UU.

En ese centro, Karen Quinlan, una adolescente en coma profundo, fue conectada a un respirador artificial y luego de un año sin que su situación se modificara y sin posibilidades de salir del mismo sus padres solicitaron la autorización de un juez para su desconexión. El juez Hughes dictaminó que si los médicos consideraban que Karen no tenía posibilidades de salir del estado comatoso y la familia consideraba el retiro del respirador, el problema debía resolverse consultando al Comité de Ética del Hospital, que en caso de que acordara con la decisión de la familia y los médicos no pesaría cargo civil o penal sobre los participantes.

El juez se basó para su recomendación en un artículo de la pediatra Karen Teel, que en 1975, proponía la creación de comités de ética interdisciplinario con participación de personas ajenas a la institución para discutir conflictos éticos y tratar los casos de pacientes incompetentes. En el hospital donde se encontraba Karen se creó el comité para cumplir con la recomendación judicial.

En 1982 nace en Bloomington, Indiana, un bebé con síndrome de Down y atresia esofágica. La vida de este recién nacido dependía de una operación que permitiera su alimentación. Los padres rechazaron el tratamiento y el bebé murió de inanición a los 6 días, en tanto el equipo médico solicitaba, sin éxito, la intervención de una corte en el caso.

En octubre de 1983 nace en Nueva York, quien sería conocida como "Baby Jane Doe", una niña que presentaba múltiples defectos neurológicos, espina bifida, microcefalia e hidrocefalia. De acuerdo con el equipo médico que la atendía podía beneficiarse con una intervención quirúrgica para evitar infecciones aunque no las malformaciones. Sus padres se negaron a la intervención y optaron por un tratamiento conservador.

Estos casos tuvieron amplia cobertura en los medios de comunicación y provocaron intensos debates en la sociedad. Todos llegaron a la corte, lo que determinó una serie de medidas de control en los hospitales.

El Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE.UU. propuso una reglamentación para evaluar el tratamiento de los niños discapacitados y planteó la intervención del Estado mientras que la Academia de Pediatría de los EE.UU. propuso la creación de unos Comités Hospitalarios de Ética (CHE) específicamente denominados "Infant Bioethical Review Committees". Frente a estas alternativas se fortaleció la opción que los CHE representaban.

Comités de Ética de la Investigación

La creación de estos comités responde a la necesidad de controlar el cumplimiento de las normas éticas para la ejecución de la investigación biomédica. Se puede establecer su origen en EE.UU. luego de los debates públicos

que siguieron a la publicación en la prensa de los abusos cometidos en investigaciones biomédicas.

En 1947 se promulgó el primer código internacional de ética para la investigación en seres humanos -el Código de Nüremberg- en respuesta a las atrocidades cometidas por los médicos investigadores nazis, que se dieron a conocer en los juicios de Nüremberg sobre los crímenes de guerra. Este Código diseñado para proteger a los sujetos que participan en investigaciones, enfatiza la necesidad del consentimiento voluntario. En el artículo 1º establece "*El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial*".

En 1964 la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial celebrada en Helsinki, Finlandia, adoptó los Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos. Entre esas pautas se destacan: la consideración del bienestar de los seres humanos por sobre los de la ciencia y de la sociedad y la obtención del consentimiento informado.

El código de Nüremberg y la Declaración de Helsinki, no lograron que los investigadores aplicaran los principios enunciados, la situación de los sujetos que participaban en investigaciones biomédicas se mantuvo en el plano de la discrecionalidad de los investigadores.

En 1966, Henry Beecher publicó en el *New England Journal of Medicine* (NEJM) un informe sobre 22 investigaciones que tenían serios problemas éticos, relacionados con el diseño del estudio y el consentimiento informado. Esta publicación contribuyó al debate sobre la ética de la investigación en los EE. UU.

En 1972, Jean Heller, periodista de Associated Press investigó las condiciones en que se realizaba un estudio conocido como "Estudio de Tuskegee", que desde 1932 investigaba los efectos de la evolución natural de la sífilis. El estudio diseñado por una agencia estatal, la U.S. Public Health Service (PHS), se ejecutó en Alabama, lugar con un alto índice de la enfermedad. El Tuskegee Institute fue elegido por la confianza que éste generaba en la comunidad local y se convocó a participar a hombres negros a quienes se ofreció atención médica gratuita. Durante cuarenta años continuó el estudio, no se dio tratamiento luego del descubrimiento de la penicilina, no se les informó de su enfermedad ni de su participación en una investigación. Este estudio se detuvo cuando el *New York Times* publicó, el 25 de julio de 1972, la investigación periodística que realizó Jean Heller.

El segundo hecho provocó la reacción de la opinión pública y disparó varios debates: la cuestión racial, las inequidades, el tratamiento de las personas como objetos por parte de los científicos. Varios proyectos de ley para regular investigaciones ingresaron al congreso de los Estados Unidos. El resultado fue una norma, National Research Act, que dio origen a leyes para la protección de las personas que participaban en investigaciones, que incluían el consentimiento informado y la revisión del protocolo por un Consejo Institucional de Revisión (IRB)². También creó la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, que publicó en 1979 el Informe Belmont.

² Institutional Review Board (IRB) es equivalente a Comité de Ética "(IRB) designa a cualquier consejo, comité o grupo formalmente designado por una institución para la revisión de investigación biomédica" .. C.F.R. Title 21, Chapter 1 – Part 50.3 –Definitions (i)

El informe Belmont estableció los Principios Éticos y Guías para la Protección de los Sujetos Humanos en la Investigación, sobre los cuales se basaron las leyes que regulan la investigación en salud. Esos principios son: Respeto por las personas, Beneficencia y Justicia.

El principio de Respeto por las Personas incluye dos consideraciones éticas: el reconocimiento de la autonomía de las personas y el requerimiento de la protección para aquéllas con autonomía disminuida. El reconocimiento de la autonomía implica el consentimiento informado, entendido como un proceso que contiene tres elementos: información, comprensión y voluntariedad.

El principio de beneficencia, incluye la obligación de no dañar y maximizar los beneficios potenciales y minimizar los daños potenciales.

El principio de justicia, entendido como justicia distributiva, establece que las cargas y los beneficios de la investigación deben distribuirse equitativamente entre los miembros de la comunidad.

Estas guías se incorporaron a las regulaciones de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y el Departamento de Salud en 1981. Diez años después formaban parte del Código de Regulaciones Federales.

La normativa en nuestro país

La creación del organismo regulatorio

Las repercusiones no se hicieron esperar, y el Ministerio de Salud produjo las primeras normas que se relacionan con los ensayos clínicos: la Disposición 3916, de 1985, denominada "*Normas para solicitar autorizaciones para realizar ensayos de Farmacología Clínica*", incorporaba las disposiciones de la OMS en aspectos científicos, éticos y jurídicos en los ensayos con seres humanos. En 1992 se creó la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), que dictó una norma que incluye las Buenas Prácticas Clínicas, conformó la Comisión Evaluadora de Ensayos Clínicos y, finalmente, dictó la disposición 5330 de 1997, aún vigente, denominada "Guía de Buenas Prácticas en Investigación Clínica" que constituye un estándar ético, legal y científico para el diseño y conducción de la investigación clínica.

Normas sobre creación de Comités de Bioética

Un año después se estableció la creación de los Comités de Bioética mediante el decreto 857/93 del Ministerio de Salud y Acción Social.

En su anexo definía al Comité Hospitalario de Ética Médica como:

"El Comité Hospitalario de Ética Médica es un grupo interdisciplinario, pluralista y participativo, de carácter consultivo, cuyo objetivo es el estudio y asesoramiento ético-clínico de las cuestiones que le sean sometidas en consulta, como así también las que adviertan sus integrantes en las áreas asistencial, docente y de investigación, la incorporación de nuevas tecnologías y la distribución de recursos".

En 1996 se dictó la ley 24742: COMITÉ HOSPITALARIO DE ÉTICA, que establece:

Art.1: "*En todo hospital del sistema público de salud y seguridad social, en la medida en que su complejidad lo permita, deberá existir un Comité Hospitalario de Ética,, el que cumplirá funciones de asesoramiento, estudio, docencia y supervisión de la investigación respecto de aquellas cuestiones éticas que surgen de la práctica de la medicina hospitalaria.*"

Art. 2: "*Los Comités Hospitalarios de Ética funcionarán como equipos interdisciplinarios integrados por médicos, personal paramédico, abogados, filósofos y profesionales de las ciencias de la conducta humana*"

Como puede leerse en el artículo 1º de la ley 24742, la creación del comité esta supeditada a las posibilidades de cada centro y, sin reglamentación, deja a la ley en el plano de la recomendación. Es cierto que pese a ello se constituyeron los comités y se consolidaron especialmente en los centros donde se realiza investigación clínica, probablemente bajo la influencia de la actividad de la ANMAT, ya que la aprobación de los protocolos por un Comité Independiente es un requisito de la investigación clínico-farmacológica.

La consolidación de los comités de ética en la Argentina

En un artículo sobre Comités de Ética en Argentina, Florencia Luna y María Julia Bartomeu, observan dos etapas en su creación: una primera, temprana, en la que se establecieron los comités y, lenta y progresivamente, se consolidaron. Se encuentran en este grupo los comités del Hospital de Clínicas de Buenos Aires, del Servicio de Neonatología del Hospital Italiano de Buenos Aires, del Hospital Garrahan, del Centro Oncológico de Excelencia de Gonnet, del Hospital Penna de Bahía Blanca y del Hospital de Niños Sor María Ludovica de La Plata.

En la otra, que obedece a las exigencias del marco regulatorio, se observa un crecimiento desordenado, no siempre voluntario, a diferencia de lo ocurrido en Estados Unidos donde surgieron como una respuesta a situaciones de crisis que tuvieron un importante impacto en la opinión pública y derivaron en casos paradigmáticos.

Normativa en la Ciudad de Buenos Aires

La Ciudad tuvo su norma para la creación de Comités de Bioética en 1993, la Ordenanza N° 46.615, que establece:

Art. 1: "*Créase en el ámbito de los Hospitales y Centros de Salud dependientes de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires los Comités de Bioética, los que tendrán bajo su responsabilidad las siguientes funciones:*

Promover la protección, integridad, seguridad y bienes en lo referido a los pacientes asistidos en el ámbito de los mismos.

Establecer la libre decisión y participación de las personas que reciben atención médica en dichos ámbitos, previo conocimiento de los efectos favorables o desfavorables en cuanto a tratamientos y estudios a someterse y bajo el consentimiento expreso de los mismos.

Establecer con claridad los niveles de riesgo que exijan el debido desarrollo previo de investigadores de laboratorio, con o sin el uso de animales de experimentación; para aquellos estudios que no demuestren resultados confiables en el uso y prescripción en personas."

Art. 2: "Establece que estarán integrados por:

- a) profesionales del arte de curar.
- b) profesores universitarios.
- c) miembros de la comunidad.

Comité Central de Bioética en Investigación en Salud de la Ciudad de Buenos Aires (CCBI)

En 2003, por resolución del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (entonces Secretaría de Salud), se creó el Comité Central de Bioética en Investigación en Salud (CCBI), que es un órgano interdisciplinario, asesor, consultivo y normativo, cuyo fin principal es la protección de las personas que participan en investigaciones científicas en el sistema de salud en el marco de las convenciones nacionales e internacionales que protegen sus derechos.

Sus principales misiones y funciones son:

Promover convenios de cooperación e intercambio con instituciones nacionales e internacionales que favorezcan al logro de sus objetivos.

Promover la capacitación en ética de la investigación científica de los integrantes de los Comités de Bioética de los hospitales dependientes de la jurisdicción.

Establecer pautas de funcionamiento para los Comités de Bioética de los Hospitales (CBH) dependientes del Ministerio de Salud del GCABA, en lo referente a bioética en investigación.

Evaluar el funcionamiento de los CBH.

Desde su creación, en 2003, el CCBI ha realizado encuentros con representantes de los Comités de Bioética de los Hospitales (CBH) dependientes del Ministerio de Salud del GCABA. Ha participado en Jornadas Científicas. Ha elaborado un documento sobre estándares mínimos de los comités de bioética en investigación de los hospitales del sector público para generar y promover las condiciones necesarias que posibiliten garantizar la integridad, seguridad y bienestar de los sujetos en investigación. Estas pautas mínimas constituyen el requisito que deberán cumplimentar dichos comités para poder ser eventualmente acreditados.

En la actualidad se procesan los datos de un relevamiento realizado por el CCBI en todos los hospitales del sector público.

La situación de los Comités de Bioética en la Ciudad de Buenos Aires

En el año 2003 realizamos un relevamiento³ en comités de ética de la Ciudad de Buenos Aires, con el objetivo de conocer las características, composición y funcionamiento de los comités de bioética que evalúan protocolos de investigación.

Con este fin se seleccionaron 20 centros de salud, 10 del sector público y 10 del sector privado, en los que se concentraba el 60% de la investigación clínica que se realiza en la Ciudad de Buenos Aires. Se concretaron los relevamientos en 19 de los centros seleccionados, 10 del sector público y 9 del sector privado, entre los meses de enero y julio de 2003.

A continuación se incluyen algunos de los datos obtenidos:

Fecha de establecimiento de los Comités de Bioética.

Los CB del sector público de los centros relevados, fueron creados entre 1988 y 1996 y se consolidaron entre 1991 y 2000.

En el sector privado la mayoría de los comités se creó y consolidó entre 1998 y 2003. Este

dato da cuenta del impacto de la legislación, especialmente en el sector privado en el que todos los comités relevados se crearon en fecha posterior a la creación de la ANMAT y la ley de creación de comités de ética.

Composición de los CB

Sector público. La mayoría de los comités estudiados están compuestos por más de 11 miembros (entre 8 y 17). El 47 % son médicos/as, el 10 % enfermeros/as, el 8 % abogados, el 7 % religiosos, el 6 % representantes de la comunidad, el 4 % especialistas en ética, y en el 18 % restante se agrupan farmacéuticos/as, técnicos y profesionales universitarios de las ciencias sociales: filósofos/as, antropólogos/as, psicólogos/as, sociólogos/as, asistentes sociales.

Sector privado. La mayoría de los comités estudiados están compuestos por 5 y 6 miembros. El 67 % son médicos/as, el 9 % abogados/as, el 5 % bioquímicos/as, el 3 % representantes de la comunidad, en el 16 % restante se agrupan farmacéuticos/as, técnicos y profesionales universitarios de las ciencias sociales.

En este aspecto es notoria la diferencia entre los comités de ambos sectores. Los del sector público, por el número de miembros y la representación multisectorial están más cerca a las propuestas de las guías éticas, aunque la representación de profesionales de las humanidades es escasa y no todos tienen representante de la comunidad.

Al desagregar los datos por género se observa una representación un poco más equitativa en los comités del sector público

³ El relevamiento se realizó en el marco de las actividades del Programa de Capacitación en Ética de la Investigación en las Américas, AECOM/FLACSO 201/2002.

Recursos económicos

1) En el sector público: el 80 % no cuenta con recursos económicos propios, generados por el cobro de la actividad de evaluación de protocolos. Sólo el 20 % de los centros relevados los poseen. En ningún caso los miembros del comité reciben pago por la evaluación. El 20 % tiene secretaria administrativa y recursos informáticos propios. La mayoría cuenta con espacio adecuado, que no es propio, para realizar reuniones.

2) En el sector privado: el 45 % cuenta con recursos económicos propios. En la mayoría de ellos (78 %), los miembros del comité no cobran por la evaluación. El 90% de los centros cuenta con secretario/a, recursos informáticos propios y material bibliográfico propio.

Asignaturas pendientes

A pesar de que Argentina fue un país pionero en la adopción de las pautas éticas, evidenciando a través de la

creación del organismo regulatorio para los ensayos clínicos, la adopción de las guías éticas y establecimiento de los comités de bioética, hay importantes temas pendientes:

Aún no cuenta con una ley nacional que regule investigación en salud.

La investigación social en salud no es objeto, por el momento, de la actividad de los comités, aunque para algunos organismos estatales la evaluación de los proyectos por parte de un comité de bioética es requisito, por ejemplo, para acceder a becas.

En la actualidad se debaten en el Congreso Nacional dos importantes proyectos de ley relacionados con el tema: un proyecto relacionado con el registro y funcionamiento de comités presentado en 2006: "Normas para el Funcionamiento de Comités de Ética de la Investigación en Salud (CEIS)". Otro, de 2007, sobre investigación clínica: "Regimen para Investigaciones Clínicas con Medicamentos, Productos Médicos, Productos Biológicos, Terapia Génica y Terapia Celular" ■



**Centro
Psitopatológico
Aranguren**



Desde 1989
CASA DE MEDIO CAMINO Y HOSTAL
CON UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN
Y RESOCIALIZACIÓN PSIQUIÁTRICAS

Directores: Dr. Pablo M. Gabay - Dra. Mónica Fernández Bruno

Paysandú 661 - (C1405ANE) Ciudad Autónoma de Buenos Aires -
Tel. (011)4431-6396 Web: www.centroaranguren.com.ar
Correo Electrónico: info@centroaranguren.com.ar

Referencias bibliográficas

1. Lolas Stepke F. *Bioética: Una Palabra con Historia*. El Mercurio, 1997.
2. McGuire C, Chadwick, GL. *Protecting Study Volunteers in Research*. Center Watch Publications, 1999.
3. Bolaños R, Saidón P, Seoane M. *La Nueva Regulación Argentina sobre Buenas Prácticas de Investigación Clínica*. Buenos Aires, Cuadernos de PINCLIFA, 2002.
4. Bolaños R, Pearson E. Aspectos Éticos y Legales de la Investigación Clínica. *Revista Argentina de Medicina* 1999; 1 (6).
5. Luna F, Salles A. *Decisiones de Vida y Muerte*. Buenos Aires, Editorial Sudamericana, 2000.
6. Luna F, Bartomeu MJ. Comités de Ética en la Argentina. Disponible en: <http://www.cfm.org.br/revista/bio2v6/cometicargentina.htm>
<http://www.msal.gov.ar/hm/site/pdf/introduccion>

Una experiencia en curso

Reportaje a los miembros del Comité de Bioética del Hospital José T. Borda (G.C.B.A.)¹

Por Norberto A. Conti²

Vertex: ¿Qué piensan sobre la forma de constituir los Comités, sería conveniente que hubiera miembros no pertenecientes a la Institución, así como no profesionales de la salud?

C.B.: En general los Comités de Bioética deben ser de constitución multidisciplinaria, integrados por representantes de distintas profesiones de la salud, abogados, filósofos, representantes de la comunidad (de los pacientes), representantes de diversos cultos autorizados, etcétera.

En nuestro caso, el comité está conformado por un médico psicoanalista, un médico psiquiatra, una trabajadora social, un terapeuta ocupacional, una psicóloga, una enfermera y el capellán del hospital, quien oficia de representante de la comunidad de pacientes.

Al momento de constituirnos en el año 1994, nos encontramos que por las características no sólo del tipo de padecimiento de los pacientes y familias que atendemos sino también por las condiciones de vulnerabilidad social en la que se encuentran inmersas, nos resultaba complejo hallar un representante.

De allí surgió la idea de convocar al capellán del hospital pues comparte permanentemente vivencias con los pacientes, sus familiares y allegados más allá de su tarea pastoral específica.

También hemos previsto consultores externos por lo cual la no pertenencia a la Institución no lo consideramos un obstáculo, siempre que el integrante externo conozca y comprenda la dinámica de nuestra comunidad hospitalaria y la problemática de quienes se asisten en ésta, de hecho estos consultores conocen nuestra institución.

En cuanto al número de integrantes, nuestra experiencia de no más de siete miembros nos ha resultado un número operativo para nuestro funcionamiento y toma de decisiones.

Vertex: ¿Cómo fue el proceso de formación de su Comité, con qué dificultades se encontraron?

C.B.: El comité se originó a partir de la Ordenanza N° 46510/CD/93³ que determinó la creación de los Comités de Bioética y sus funciones en todo el ámbito de los Hospitales y Centros de Salud dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, la que fue insistida por la Ordenanza 46736/CjD/93⁴.

A través de la Disposición N° 147/16-5-94 se creó el Comité de Bioética del Hospital José T. Borda, lo cual aceleró entre los integrantes de entonces la redacción de un Proyecto de Reglamentación, que fue avalado por la dirección del Hospital e informado al Consejo Asesor Técnico Administrativo (CATA).

La actividad inicial de los integrantes fue comenzar a ordenar y organizar la incipiente, difícil y en gran medida desconocida tarea que tuvimos que abordar en ese momento.

Esta situación nos enfrentó en principio con la necesidad de capacitación permanente y la confusión general de la Institución entre la función de un comité de bioética y un comité deontológico, reaccionando la comunidad hospitalaria algunas veces en forma crítica hacia sus miembros.

Tampoco podemos dejar de mencionar la necesidad de tener que coordinar las actividades del comité con las obligaciones asistenciales, la falta de tiempo, de espacios físicos adecuados y de recursos técnicos.

En cuanto a las dificultades de comienzo con los investigadores surgieron: la exigencia en los plazos para el análisis y aprobación de los protocolos; falta de claridad y ambigüedad en el texto de los Consentimientos Informados que implicaba la necesidad de remitirnos permanentemente al protocolo; envío de la información desfasada en el tiempo.

En cuanto a nuestra formación, ésta se inició con la participación en la Escuela Latinoamericana de Bioética (ELABE) en la ciudad de Gonet, la que estaba a cargo del Dr. Juan Carlos Tealdi, a la que luego se sumó la participación en congresos, cursos, talleres organizados por el Comité Central de Bioética de la Investigación del G.C.B.A.; seminarios en FLACSO, lectura de material y documentos afines.

Por otra parte en los dominios de la Bioética no solamente estaban los desafíos de los avances científicos y técnicos en investigación biológica, la manipulación genética, los trasplantes, las nuevas pandemias, los trastornos ambientales, sino todos los aspectos vinculados con la relación médico-paciente.

Es precisamente en el caso de la enfermedad mental, que esta relación médico-paciente se complejiza generando un desequilibrio, accentuando la asimetría por las características de su padecer y, en algunos casos, por la inhabilitación jurídica del paciente respecto de sus bienes y derechos civiles, lo cual conduce a una singular

¹ El Comité está formado por: Lic. Sara Daneri (Terapeuta Ocupacional), Dr. Alberto Gadea (Médico Psiquiatra), Lic. Raquel Garese (Psicóloga), Capellán Pablo Lizarraga, Dr. Lucio Mastrandrea (Médico Psiquiatra), Sra. Viviana Martínez (Enfermera), Lic. Silvia Vázquez (Trabajadora Social).

² Médico Psiquiatra (UBA). Prof. Adjunto de Psiquiatría y Psicología Fenomenológica y Existencial, Fac. de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Profesor de Historia de la Psiquiatría, Universidad del Salvador.

³ Ordenanza 46510/CjD/93, 15 de enero de 1993. No publicada.

⁴ Ordenanza 46736, 18 de octubre de 1993. BMN° 19640

relación de dependencia del paciente respecto al profesional tratante.

Por lo tanto, es justamente una de nuestras tareas bregar por el reconocimiento permanente y genuino de su condición de personas, es uno de los pilares en los que sustenta el accionar del comité, en la defensa permanente de sus derechos.

La condición de vulnerabilidad de los pacientes atendidos en nuestro hospital nos obliga permanentemente a estar atentos a cualquier situación que atente y restrinja su autonomía.

A pesar de los obstáculos, la continuidad en el trabajo posibilitó construir una relación entre los miembros del comité de marcada cohesión y el interés de crecer en formación y capacitación, así en el compromiso con las personas que se atienden en el Hospital.

Vertex: ¿Hay un lugar para los usuarios?

C.B.: Los usuarios del sistema de salud tienen la posibilidad de contactarse directamente con los miembros del comité, sea por nota o de manera personal ya que nos reunimos semanalmente en día, horario y lugar pre-establecido.

Esto significa que puedan realizar las consultas que deseen. También en las hojas de información al paciente que se utilizan para la instrumentación de protocolos de investigación figuran los nombres y teléfonos del Comité por si necesitan o quieren consultarnos.

En cuanto a la representación dentro del comité y como lo expresamos en el punto 1, resulta complejo la incorporación de usuarios dentro del comité debido a las dificultades que se ocasionan en la continuidad de su asistencia al tratamiento en la institución y a factores de índole económica y de accesibilidad.

Vertex: Es conocida la intervención de los Comités de Ética en la aprobación de los protocolos de investigación, sobre todo los de psicofármacos ¿Qué elementos tienen en cuenta a la hora de emitir su opinión?

C.B.: Sabemos que la investigación científica ha planteado innumerables y desconcertantes problemas éticos, por lo que fue necesario establecer criterios que regulen los estudios y proyectos de investigación no sólo de tipo farmacológico sino también de corte social, epidemiológico y comunitario.

La expresión "Principios éticos básicos" se refiere a aquellos criterios generales que sirven como base para justificar muchos de los preceptos éticos y valoraciones particulares de las acciones humanas.

Entre los principios que se aceptan de manera general en nuestra tradición cultural, tres de ellos son particularmente relevantes para la ética de la experimentación con seres humanos: respeto a las personas, de beneficencia y de justicia.⁵

La exigencia de prontitud para el análisis y aprobación de los protocolos que comenzaron a llegar al comité generó la elaboración de un documento conjuntamente con el Comité de Investigaciones del Hospital, la Disposición Nº

00560/01 para regular la actividad de investigación en el Hospital y establecer criterios comunes.

El Comité acude permanentemente a documentos de apoyo nacionales e internacionales como guías orientadoras algunas y otras de aplicación normativa para nuestra evaluación. Entre los de orden internacional y de características específicas para la población que se atiende en el Hospital contamos con:

Declaración de Luxor. Federación Mundial de la Salud Mental. 1989.

Declaración Universal de los Derechos Humanos y de la Salud Mental 1989.

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM).

Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, 52ª Asamblea General Edimburgo, Escocia, Octubre 2000. Nota de Clarificación del Párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002. Nota de Clarificación del Párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004.

Declaración de Caracas, Caracas, Venezuela 14 de noviembre de 1990. Adoptada por aclamación por la Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina.

Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, adoptados por la Asamblea General de la ONU en su resolución 46/119, del 17 de diciembre de 1991.

Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos, aprobada el 11 de noviembre de 1997.

Guías operacionales para comités de ética que evalúan investigación médica Ginebra, OMS, 2000.

Pautas Éticas Internacionales para la Investigación biomédica en seres humanos, CIOMS-OMS, 2002.

En el ámbito nacional contamos con:

Ley 22.914 de internación y egreso de establecimientos psiquiátricos, 1983.

Disposición 5330/97 - ANMAT, 1997.

Disposición 690 - ANMAT, 2005.

Disposición 1746 - ANMAT, 2007.

Otro documento que consultamos cuando se tratan aspectos relacionados con la confidencialidad de los datos en una investigación es la Ley de Habeas Data Nº 25326/2000.

Y a nivel local disponemos de:

Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 1996.

Ley Básica de Salud Nº 153, 1999.

Ley de Salud Mental Nº 448, 2000.

Resolución Nº 1154: Créase el Comité Central de Bioética en Salud; junio de 2003.

Resolución Nº 1914: Modifícase Anexo I: requisitos y procedimientos aplicables a los proyectos y trabajos de investigación en Hospitales dependientes del G.C.B.A.

El conjunto de este marco de principios y normativo nos permite analizar y dar opinión fundada con rela-



ción a criterios de riesgo/beneficio para las personas que se incorporen al protocolo; evaluar las garantías de resguardo legal para los pacientes; de derecho a la asistencia, uso del placebo, etc.

Vertex: ¿Cuáles son los otros problemas a los que son convocados para emitir su opinión?

C.B.: En general, los comités de bioética son convocados para tratar dilemas en la toma de decisiones en situaciones clínicas complejas y para el análisis de protocolos de investigación epidemiológica, social, farmacológica. En algunos casos los comités están internamente subdivididos en comité de bioética clínica y comité de bioética de la investigación, así como en otras instituciones existen ambos comités de manera independiente.

En nuestro Hospital el comité desarrolla ambas funciones, aunque en todos estos años es casi nula la consulta sobre aspectos clínicos o en la toma de decisión en la terapéutica a seguir. La consulta obligada porque así lo establece la ANMAT y la normativa del G.C.B.A. es de protocolos de investigación de todo tipo.

Con relación a las consultas clínicas, éstas son de carácter opcional por parte del profesional o equipo tratante y nuestra opinión es de carácter optativo para el o los consultantes.

No sucede lo mismo en el caso de los protocolos de investigación, en los que nuestra intervención es de carácter vinculante y de cumplimiento obligatorio, lo cual impli-

ca que de no efectuar los cambios que el comité puede recomendar, la misma no se inicia dentro de la institución.

En un relevamiento que realizamos al año 2005 sobre un total de 47 protocolos evaluados desde 1997 a esa fecha, hubo 22 protocolos psicofarmacológicos y genéticos y 25 protocolos epidemiológicos, sociales y psicológicos, es decir que la proporción fue similar en su número, aunque no todos fueron aprobados.

En situaciones excepcionales, como en la crisis que se originó a fines del año 2001 con la falta y demora en la provisión de psicofármacos, fuimos convocados para analizar el uso de otras técnicas terapéuticas.

Además, el comité, por ser autónomo, puede intervenir ante situaciones en las que considera que se vulneran los derechos de las personas internadas o que se asisten en el Hospital, sin necesidad que se solicite su participación. De esta forma recientemente hemos acercado a la Dirección de la Institución un Informe acerca de la situación edilicia de los pabellones A y B en los que se encuentran los pacientes alojados, donde realizamos una serie de observaciones y recomendaciones destinadas a proteger y preservar las condiciones de vida de ellos.

Vertex: ¿Realiza el Comité alguna actividad informativa más allá de expedirse según demanda?

C.B.: En un principio organizamos dentro del Hospital un ciclo de charlas sobre distintos aspectos de la bioética, con invitados según el tema, aunque no tuvimos la receptividad esperada en la comunidad hospitalaria.

Otro recurso que también hemos utilizado ha sido la confección y distribución de un tríptico a toda la comunidad hospitalaria y en el sector de Informes del hospital para el público general, donde informábamos acerca de los miembros, día, lugar y horario de reunión y funciones.

Hoy la actividad informativa que realizamos esta relacionada más con la difusión fuera de la institución que dentro de ésta, ya que somos convocados a participar en diversas mesas redondas, paneles y congresos, donde damos cuenta de nuestra labor dentro del hospital.

Como un detalle de estas situaciones que se producen y reproducen, recordamos que en oportunidad de un encuentro convocado por el área de salud mental del Gobierno de la Ciudad donde se trataban temas vinculados con la investigación psicofarmacológica, fueron invitados destacados panelistas extranjeros, a quienes no desmerecemos en su conocimiento, pero nuestro comité que tiene una larga experiencia en este tema ni fue consultado. Como dice el refrán: "nadie es profeta en su tierra"...

Vertex: ¿Qué peso institucional tienen sus resoluciones? ¿Son sólo recomendaciones? ¿Quién las solicita y a quién se dirigen?

C.B.: Como ya mencionamos, las resoluciones vinculadas con protocolos de investigación tienen la fuerza del cumplimiento obligatorio particularmente en aquellos ensayos con uso de fármacos que, de no contar con nuestra aprobación, no son evaluados por la ANMAT. Todos los investigadores saben que de no cumplir con su presentación ante este comité y obtener la debida autorización incurrir en falta grave ante el Ministerio de Salud del G.C.B.A..

Las consultas que recibimos tienen diferentes vertientes: si provienen del área de dirección del Hospital, en general las recomendaciones que elaboramos son consideradas referenciales para la toma de decisiones o respaldatorias de éstas y tienen como destinatario el cuerpo directivo.

Cuando las recomendaciones se relacionan con protocolos de investigación, la intervención la solicita el laboratorio patrocinante (si lo hubiera) a través del investigador principal. Si no hubiera laboratorio patrocinante la consulta la efectúa el investigador principal directamente al igual que un profesional o equipo tratante en el caso de una consulta clínica.

En algunas oportunidades también las recomendaciones se han dirigido a los laboratorios patrocinantes directamente y nuestras consultas a la ANMAT; a la Secretaría de Derechos Humanos de Presidencia de la Nación; al Comité Central de Bioética de la Investigación del G.C.B.A.; investigadores del CONICET, etc.

Vertex: Existen situaciones en las cuales entran en juego los intereses de terceros en la toma de decisiones terapéuticas, partiendo de la hipótesis de que los mejores intereses del paciente no serían los únicos a

tener en cuenta ¿Han llegado situaciones de éste orden al comité o esto queda a nivel exclusivo de la relación médico-paciente-familia?

C.B.: No han llegado planteos específicos al Comité respecto del tema. De todos modos, la actitud general del Comité es que debe estar muy bien demostrada la afectación de intereses de terceros (por ej. riesgo manifiesto), para que pueda subordinarse la defensa de los intereses de los pacientes, que adquiere particular importancia ante las dificultades que habitualmente éstos tienen para ejercerla.

Precisamente, suelen existir actualmente demasiados y variados "intereses" que tienden a afectar este deber fundamental, y es función de los Comités de Ética destacarlo.

Vertex: Las decisiones terapéuticas controvertidas, sobre todo en la Argentina, como el electroshock o la esterotaxia, ¿han sido planteadas al comité por alguna circunstancia particular?

C.B.: Hubo una intervención del Comité ante una consulta que se le realizó desde la Dirección del Hospital por una propuesta que se planteó en el momento de máxima emergencia institucional luego de la crisis de fines del año 2001. Ante las dificultades en el abastecimiento de psicofármacos, se proponía cubrir la carencia de estos, en determinadas situaciones, con el uso de electroshock. La respuesta del Comité fue contraria a esta posibilidad, ya que no se consideró éticamente sostenible la opción apoyada en un criterio exclusivamente económico, sin tener en cuenta las restantes implicancias que hacían inaceptable la propuesta.

Vertex: ¿Llegan o compete al comité actuar en situaciones éticas entre profesionales?

C.B.: No son de competencia del Comité de Bioética los problemas personales, los problemas gremiales, los problemas interpersonales (entre colegas) y los problemas de responsabilidad profesional. Estos últimos son de competencia de los Comité Deontológicos de las asociaciones profesionales, aunque como lo señalamos en un principio se nos adjudicó esta función desde el imaginario institucional no porque la Ordenanza de Creación de los Comité de Bioética lo estableciera. Por el contrario, las funciones que nos determinaba estaban muy lejos de esta otra actividad.

Finalmente queremos destacar que a lo largo de todos estos años hemos podido dar continuidad a nuestro trabajo a pesar de los obstáculos; capacitarnos de manera permanente; generar cambios de actitud en los investigadores respecto del comité y las investigaciones presentadas; promover la toma de conciencia en la responsabilidad que implica la presentación de un proyecto de investigación y realizar el seguimiento de los protocolos, en particular la supervisión de los consentimientos informados ■

⁵ El Informe Belmont. Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento, EE. UU., 1979.



La ética médica en los albores del pensamiento griego clásico

El siglo V a.C. ha sido immortalizado como el siglo de oro en la historia griega considerando a la cultura de esa época como clásica: filosofía, letras y arte. El brillo de este clasicismo no surge espontáneamente sino que es el resultado de un largo proceso de transformación que se inicia en la costa jónica del Asia Menor por lo menos siete siglos antes y que tendrá como resultado la emergencia del concepto de ley que permitirá la constitución de la Polis como estructura jurídico-política diferente de las Ciudades-Estado del Cercano Oriente.

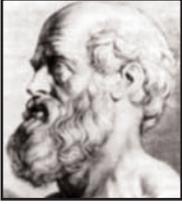
La emergencia de la noción de ley está presente desde los primeros documentos escritos en lengua griega que datan aproximadamente del siglo VIII a.C. en adelante. La vemos en la literatura de Homero (Iliada) y Hesíodo (Los trabajos y los días), en la filosofía de Anaximandro (D-K. 12B1), y en los escritos políticos de Solón (Eunomía).

En este contexto, de emergencia y consolidación del concepto de ley, surge la escuela médica de Cos de quien Hipócrates, que floreció hacia 425 a.C. es su mayor exponente. Con él se inicia una tradición de textos escritos por diferentes autores a lo largo de más de ciento cincuenta años, conocida como Corpus Hipocraticum, nombre dado a la colección de tratados médicos compilados en la biblioteca de Alejandría a finales del siglo III a.C.

En muchos de estos textos se puede ver como la medicina griega también se desarrolla sobre el horizonte de las leyes tanto en el ámbito de la Physis: leyes que regulan el comportamiento del organismo en sus relaciones internas (microcosmos) y con el medio externo (macrocosmos); como en el ámbito de la Polis: leyes que regulan las relaciones del médico con la comunidad en general y en particular con sus pares (corporación médica).

El Juramento Hipocrático que aquí presentamos es fiel exponente de este segundo aspecto de las legalidades médicas a las que hacemos referencia. El mismo refleja el tipo de conducta que se espera de aquel que practica el arte tanto en su cuidado del paciente como en el de sus colegas y, más aún, del arte en sí mismo cuyo respeto y legitimación social dependerá de las conductas de sus practicantes.

Se trata de un texto ético en todos los sentidos del término ya que por un lado expresa las exigencias de tradiciones muy antiguas (como la pitagórica) decantadas en las costumbres y en su urdiembre creencial (ethos), y por otro pone en tensión la conducta individual del profesional con las exigencias de una praxis médica regulada socialmente por pares (deontología).



Juramento

Juro por Apolo médico, por Asclepio, Higiea y Panacea,
Así como por todos los dioses y diosas, poniéndolos por testigos,
Dar cumplimiento en la medida de mis fuerzas y de acuerdo con mi criterio,

A este juramento y compromiso:

Tener a quien me enseñó este arte en igual estima que a mis progenitores,
Compartir con él mi hacienda y tomar a mi cargo sus necesidades si le hiciera falta;

Considerar a sus hijos como hermanos míos y enseñarles este arte,

Si es que tuvieran necesidad de aprenderlo, de forma gratuita y sin contrato;

Hacerme cargo de la preceptiva, la instrucción oral y todas las demás enseñanzas

De mis hijos, de los de mi maestro y de los discípulos que hayan suscrito

El compromiso y estén sometidos por juramento a la ley médica, pero a nadie más.

Haré uso del régimen dietético para ayuda del enfermo,

Según mi capacidad y recto entender: del daño y la injusticia le preservaré.

No daré a nadie, aunque me lo pida, ningún fármaco letal,

Ni haré semejante sugerencia.

Igualmente tampoco proporcionaré a mujer alguna un pesario abortivo.

En pureza y santidad mantendré mi vida y mi arte.

No haré uso del bisturí ni aún con los que sufren del mal de piedra:

Dejaré esa práctica a los que la realizan.

A cualquier casa que entrare acudiré para asistencia del enfermo,

Fuera de todo agravio intencionado o corrupción,

En especial de prácticas sexuales con las personas,

Ya sean hombres o mujeres, esclavos o libres.

Lo que en el tratamiento, o incluso fuera del él, viere u oyere

En relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba trascender,

Lo callaré teniéndolo por secreto.

En consecuencia séame dado, si a este juramento fuere fiel y no lo quebrantare,

El gozar de mi vida y de mi arte, siempre celebrado entre todos los hombres.

Más si lo trasgredí y cometo perjurio, sea de esto lo contrario ■



confrontaciones



La experiencia del Lanús y el escenario actual en Salud Mental La ética de la Memoria y el Olvido

Horacio Vommaro

Médico Psiquiatra. INEBA (Instituto Neurociencias Buenos Aires).

Guardia Vieja 4435 (C1192 AAW) (CABA).

E-mail: hvommaro@ineba.net

Introducción

En el año 2004 se cumplieron 30 años del nombramiento de los primeros psiquiatras de Guardia en un Hospital General. La iniciativa fue del Dr. Valentín Barenblit, entonces jefe del servicio de Psicopatología del Hospital "Evita" de Lanús.

Tal iniciativa fue parte de un criterio sobre la Salud Mental y continuidad de los principios fundantes de la creación del Servicio, realizada en el año 1956 por el Dr.

Mauricio Goldemberg.

Más de treinta años no es poco tiempo y comenzar a pensar sobre el significado de la inclusión de psiquiatras en una Guardia de un hospital polivalente y de alta complejidad genera variados recuerdos, lo cual hace pensar que si se recuerda lo aparentemente olvidado, no es exactamente un olvido.

No hay memoria y olvido sin polémica. Muchas veces es importante mirar atrás para producir lo nuevo. Mirar atrás no se hace sin diferencias. La ética de la memoria y el olvido presupone un mirar atrás no en el sentido de la nostalgia del pasado, o la mistificación de una época, sino como parte de la construcción de lo nuevo, que conlleva inevitablemente el disenso con la subjetividad dominante; difícil desafío frente a la abrumadora política mediática que pretende convencernos de que "siempre fue lo mismo".

No es azaroso que, hoy, la temática de la memoria y el olvido tenga una gran importancia. Vivimos una época donde se nos muestra a través de los medios de comunicación un presente caracterizado de manera homogénea, un "siempre igual" derivado del "pensamiento único" y proyectado hacia un atrás lineal y un delante repetitivo y sin sorpresas.

Se ha escrito muy poco sobre el significado de este hecho acaecido en el "Lanas" y, en particular, hemos escrito poco los participantes directos del mismo. Cabe recordar que pocos años después irrumpió la dictadura en nuestro país, el Terrorismo de Estado con su política de silenciamiento, con sus trágicas consecuencias. Y la palabra fue perdiendo su significado para ser pervertida en su uso abusivo, fue dejando de tener el carácter de involucramiento y compromiso por parte de quien la pronunciaba.

La esencia de la política es la diferencia y no la homogeneidad. Aristóteles planteó que el viviente de la polis es un viviente en relación con los otros y, a diferencia del viviente biológico, vive buscando sentidos al bien común de los integrantes de la polis.

Validez actual de un pensamiento que marca la importancia del lazo social para recrear lo nuevo, cuando lo predominante al decir de Zygmunt Bauman es que: "Abandonada por la política estatal, la escena pública cae fácilmente en las garras de la política de vida individual".

La Salud y la Salud Mental son parte de la búsqueda de sentidos y del cuidado del bien común, sin embargo la Salud ha pasado a ser subsidiaria del Estado y se ha generado la creencia de que cada individuo tiene que procurársela como mejor pueda.

Conectar el presente con el pasado, y lo personal con lo colectivo, es parte de la memoria y el olvido. Pero, no se trata solamente de la mera operación sino también del establecimiento de una ética de la memoria y el olvido.

La ética está relacionada con la legalidad, con el Derecho y la Ley en el sentido fundante. La institucionalidad subjetiva es fundante del psiquismo individual. Esto implica una relación entre el orden social de la nor-

matividad y el orden normativo del sujeto. Un imperativo propio de la especie humana es la institución del sujeto. El mito fundante realiza una operación fundamental: el pasaje de la acción a la palabra. Establece el Derecho y la Ley, es decir, el principio de legalidad que permite hacer de alguien un sujeto en el sentido psíquico del término. Concepto fundamental que establece que la causalidad psíquica es también una causalidad de orden institucional.

La relación entre la institucionalidad y la condición subjetiva de lo humano se puede pensar en dos sentidos, con consecuencias distintas respecto a la actitud ante el problema humano de la causalidad. Uno es la concepción del sujeto autofundado y autosuficiente y el otro es la construcción institucional de la subjetividad como construcción cultural de un momento fundante. El descubrimiento del inconsciente modifica la relación Derecho y Ley y permite encarar de una manera diferente la relación con la verdad.

Esto implica que la memoria y el olvido son una construcción constante acerca de la verdad y lo ficcional. Esta construcción subsume continuidad y discontinuidad en la nueva generación de un saber distinto sobre hechos "pasados" pero que tienen implicancias presentes.

Las condiciones actuales de la Salud Mental no son ajenas a una época de temporalidad *zapping* y un sistema sanitario que no tiene tiempo y que genera dispositivos de atención masiva y anónima. Una época donde se escinde la medicación de la clínica y la clínica se reduce a una enumeración de trastornos. Esta situación se agrava con condiciones del ejercicio profesional que facilitan que se "pierda" la dimensión subjetiva.

El volver atrás y poder recordar es un acto ético, están relacionados con la imprescindible confrontación de ideas frente a una subjetividad dominante que nos coloca frente al siempre igual. Lo fundamental de la ética de la memoria y el olvido está en la legalidad que la estructura. En un momento donde se exagera la idea del sujeto autofundado, que lo deja aún más vulnerable, es importante no olvidar que el sujeto no es sin lo social y que en cada uno de nuestros actos se expresa lo personal y lo social aunque lo social quede muchas veces encubierto y parezca puro acto personal. Es importante recordar que el ejercicio de disciplinas vinculadas a la salud esta relacionado con el compromiso con el dolor humano que se oscurece en tanto sólo atendemos a la enfermedad.

En una época donde predomina la "velocidad", detenernos a reflexionar acerca de la ética de la memoria y el olvido es ya un acto de legalidad diferente.

El predominio del discurso cientista ha tenido como efecto una pérdida de la importancia de la subjetividad. Si un médico psiquiatra no tiene idea del funcionamiento del psiquismo humano le resultará difícil poder escuchar el sufrimiento psíquico de la persona que llega a su consulta.

El discurso cientista no es una vía regia de acceso a la subjetividad, pero tiene consecuencias sobre la subjetividad. Es importante recordar que de la singularidad no hay ciencia y que nuestro quehacer clínico cotidiano es singular.

Pensar sólo en una causalidad biológica desvincula al sujeto de su implicancia subjetiva, factor fundamental del orden normativo del sujeto y su relación con el orden social de la normatividad.

El físico Werner Heisenberg descubrió el principio de incertidumbre según el cual se demuestra que cuanto mayor certeza se pone en determinar la posición de una partícula menos se conoce su cantidad de movimiento lineal. Trasladado analógicamente a la clínica cuanto más certeza se pone en un corte sólo transversal, menos se conoce de la vida y los afectos del paciente. Esto lo podemos relacionar con la medicalización de la vida cotidiana, tomando a modo de ejemplo el ADD y su "resolución" con metilfenidato, el ODD y su "resolución" con atomoxetina o los llamados trastornos límites.

El principio de Heisenberg demuestra que el conocimiento se basa en probabilidades y que, por lo tanto, es imposible superar cierto nivel de error.

La experiencia del Lanús correspondió a un momento histórico concreto, bastante diferente en aspectos fundamentales al actual. Un año después de esa experiencia fundante, algunos de los psiquiatras de Guardia presentamos un trabajo en el Congreso de la Federación Argentina de Psiquiatras (FAP) que se realizó en Córdoba. Rescato algunos de los criterios vertidos en él y el concepto fundacional de la creación del cargo de psiquiatra de Guardia en un Hospital General expresado por el Dr. Barenblit. Ese cruzamiento nos indicará el sentido de aquella experiencia.

La idea de un psiquiatra en la Guardia general de un Hospital polivalente estaba relacionada con profundizar la reubicación de la Salud Mental dentro del contexto de la Salud Pública y modificar la concepción de "enfermedad mental", cuestionar la vieja creencia que concebía a la locura como sinónimo de encierro y peligrosidad. Siendo el Hospital General el lugar habitual donde la población demanda asistencia, se puso al alcance de la misma, la prevención y atención de la patología mental, atenuando el carácter estigmatizador que adquiere la consulta en un hospital monovalente. La incorporación de un servicio de Psicopatología en un hospital general, posibilita, no a nivel de una escuela teórica, sino como una práctica institucional compartida, una experiencia distinta para los profesionales de la salud mental, entre ellos mismos y con los de otras especialidades.

Entendíamos el rol del psiquiatra de Guardia como bisagra, como juntura, entre el servicio de Psicopatología, el resto del hospital y la demanda de la población en situación de crisis o emergencia.

Una guardia habitualmente concurrida por los habitantes de la zona, ponía al alcance de todos, la posibilidad de un medio de consulta psiquiátrica.

Por tratarse de un hospital polivalente, la Guardia brindaba asistencia a las distintas demandas en salud de la población, a través de sus diferentes especialidades. La inclusión de un psiquiatra permitía extender y profundizar uno de los criterios que dieron base al servicio: promover un abordaje interdisciplinario de la problemática de la salud: psiquiatras de Guardia integrados y

articulados en lo interno del Servicio y con el resto del Hospital y la comunidad. Hasta ese momento la interconsulta, conocida como "patrulla" tenía la tarea de resolver situaciones de urgencia por la mañana y los pacientes hospitalizados por la tarde. El Servicio gozaba de gran prestigio, que se manifestaba a través de una gran demanda de atención. La inclusión de un psiquiatra en la Guardia general la incrementó aún más. El proyecto incluía la creación de una Sala de Internación de Emergencia, idea que finalmente no pudo concretarse, como otros tantos proyectos que quedaron trunco por el golpe de Estado de 1976.

Además, los psiquiatras de Guardia teníamos una doble inserción, en la Guardia general y en la concurrencia obligatoria, tres días por semana, a alguno de los Departamentos del Servicio.

Manifestábamos en el trabajo presentado al Congreso de FAP de 1975: "La urgencia hay que resolverla, no `soslayarla`. Por eso es importante darse tiempo para reflexionar. La reflexión es para un psiquiatra en la Guardia, lo que el bisturí para un cirujano en el quirófano. La urgencia como escenario situado en el borde, entre la fragmentación y la búsqueda de un efecto de sentido, entre la salud y la enfermedad". Más adelante escribimos: "Por su horario, o sea por funcionar durante aquellas horas del día en que otras formas de asistencia son difíciles de alcanzar, principalmente para las personas de escasos recursos, llegan a la Guardia pacientes que desde el punto de vista médico pueden ser agudos o crónicos, con distintos grados de descompensación, de dolencias expresada a nivel físico, psíquico o social. Lo que los asemeja es que subjetivamente concurren por la necesidad urgente de recibir ayuda.

El tiempo adquiere una importancia primordial... se espera que el profesional dé una respuesta rápida y eficiente a una multiplicidad de situaciones. Es por eso que la respuesta quirúrgica es tomada a veces, como modelo de respuesta asistencial en una Guardia".

Transcurrido un año de experiencia en la Guardia general vivíamos un clima de compromiso con la tarea y de intenso trabajo, éramos parte de un momento de nuestro país.

El valor de nuestra experiencia, su carácter distintivo, estriba en la intención de intervenir en un espacio donde los tiempos que prevalecen son los de la acción (los tiempos quirúrgicos), incluyendo la palabra, la simbolización, rescate de afectos y pasiones entrampadas en la transgresión al servicio de defensas mortíferas, suicidios, afecciones orgánicas, melancolía, y formas de psicosis en general. Nuestra respuesta clínica: reinstalar el valor de la palabra y la modificación de estas defensas destructivas por otras vitales, menos transgresoras de la estructura orgánica y simbólica del sujeto. Destacamos la importancia de la reconstrucción de los espacios de contención: redes familiares, acompañamientos, internación domiciliaria y diversas maneras de atención y cuidado.

La inclusión de un psiquiatra en la Guardia general produjo una serie de conflictos y abrió un camino de modificaciones en distintas áreas del hospital. El paciente psiquiátrico dejó de ser patrimonio exclusivo

del Servicio de Psicopatología, para ser también paciente del Servicio de Guardia. La Guardia debió afrontar en muchos casos la ansiedad que generan las complejas situaciones clásicas de la emergencia en psiquiatría. Se replanteó en la mayor parte de los días de Guardia el problema del "enfoque integral del enfermo".

Se solicitaron preparaciones psicoprofilácticas preoperatorias (fundamentalmente en niños). Se requirió el apoyo en las crisis de descompensación de los enfermos psicósomáticos. Se pedía asesoramiento psicofarmacológico.

Continuando con algunos aspectos importantes del trabajo de Córdoba

expresábamos: "Nos encontramos al principio como `embajadores` de un Servicio que si bien se consideraba `integrado` al conjunto del hospital, no lo era tanto como para que se `nos aceptase de entrada`. La tarea realizada en años anteriores por el equipo de interconsulta y los médicos residentes nos allanaba el camino.

Tuvimos que esforzarnos en múltiples ocasiones para demostrar que teníamos derecho a ser iguales y a la vez diferentes a los demás integrantes de la Guardia. Es decir rescatar la patología mental de su condición marginal, asignando un lugar a la enfermedad mental que humanizara el sufrimiento psíquico.

Al cabo de un año de trabajo, el quince por ciento del total de las prestaciones en la Guardia correspondían a la asistencia psiquiátrica, que ocupaba el tercer lugar después de las de clínica y pediatría. Demostración de que instalada la oferta, aparece la demanda desde la comunidad y la generada en el propio hospital, tanto por pacientes y familiares como por el equipo de salud.

Utilizábamos formas diversas de abordaje que configuran una modalidad de encuadre: diagnóstico psiquiátrico, situacional o dinámico. La entrevista dirigida, la entrevista familiar y/o de acompañantes, la utilización de los psicofármacos y hasta la sugestión eran parte de nuestro instrumental terapéutico. La modalidad de atención se centralizaba en el motivo de la emergencia y buscaba tres objetivos fundamentalmente: a) aliviar sintomatológicamente al paciente, b) ayudar al paciente y su familia a tomar conciencia de la enfermedad, c) encausarlo en un posterior tratamiento. Del cinco al diez por ciento de los pacientes atendidos en Guardia se internaban en la Sala del Servicio, que contaba con treinta y dos camas. La cantidad de pacientes que se derivaban al consultorio externo muchas veces sobrepasaban la posibilidad del mismo de dar una respuesta a esta demanda. En muchos casos hubo que implementar diferentes conductas, como las internaciones "prestadas" temporarias en otros Servicios del hospital, esperando que se desocuparan camas en la Sala del Servicio. También realizábamos derivaciones a los hospitales neuropsiquiátricos. La asistencia oscilaba entre lo deseable y lo posible.

Los psiquiatras de Guardia conformaban un grupo expuesto y de múltiple tarea, llegaban a la Guardia una diversidad de patologías y se presentaban innumerables situaciones que debían ser resueltas en el día. Es de destacar que en aquel momento se planteaban las dificultades de legitimación de una tarea pensada por muchos

colegas como una actividad menor o marginal. No pertinente a una concepción de un encuadre coagulado o rígido del espacio analítico. Como si las urgencias no fueran parte de las vicisitudes y posibilidades de comprensión de la teoría y legitimación de una práctica psi.

Más de treinta años después ...

El escenario de nuestro país y del mundo que nos toca vivir, como es obvio, se ha modificado de manera sustancial. Hay un espectro de situaciones que pasan y/o han pasado por procesos de desintegración social. Hay crisis de los lazos de inclusión, de representatividad y del orden institucional.

La devastación ética es enorme y no fácil de captar en toda su dimensión. Decía San Agustín: "¡Suprimida toda justicia, qué son los reinos sino vastos latrocinios!"

Se ha alterado seriamente la vida cotidiana de amplios grupos sociales y se ha modificado la calidad de vínculo entre las personas. Se ha generado una violencia nueva entre la subjetividad singular que sostiene los comportamientos prácticos de las personas y la cultura que habitan. .

Se ha perdido el principio de hospitalidad: el otro es un otro hostil; se trata de modelar una sociedad de individuos unidos solamente por su propio aislamiento.

Otro de los cambios importantes es la caída del tercero institucional como tercero separador, que se expresa claramente en la crisis de las instituciones, incluyendo principalmente las instituciones del Estado. Se alteró la relación entre el orden social de la normatividad y el orden normativo del sujeto.

La validez de aquella experiencia de la Guardia del Lanús perdura en tres conceptos:

El valor del reconocimiento subjetivo del dolor individual como modificador del proceso salud-enfermedad.

El interactuar a través de generar lazo social, como posibilidad de recrear dispositivos que eviten sufrimiento innecesario y faciliten el proceso de resolución del motivo de consulta.

El ser parte de una estrategia general del Servicio: según cómo se resolviesen o no las distintas situaciones que se nos presentaban incidían de una forma u otra hacia el resto del mismo. Se generaba una interacción muchas veces conflictiva que exigía en muchas ocasiones un esfuerzo de creatividad.

Se desarrolló una modalidad de abordaje con el paciente-familia-acompañantes, cuya estrategia era implementar las herramientas necesarias para poner en acción los recursos de la institución, y movilizar los propios recursos de la persona o grupo demandante y de interacción, desde las posibilidades reales y no ideales. Hoy más que nunca este criterio es válido, ya que no hay estrategia de intervención que pueda soslayar la cuestión social.

Toda forma de relación en la atención en salud expresa un modo de lazo social, por lo tanto no se trata de una mera tarea individual, sino de carácter social donde están comprometidos tanto el profesional como el paciente. Es fundamental mantener y no renunciar al sentido integral de esta problemática. Lo que presupone un esfuerzo de creación intelectual de cada una de las diferentes disciplinas.

Los nombres de los psiquiatras de Guardia eran:

Lunes: Luis Ohman.

Martes: Horacio Vommaro.

Miércoles: María del Carmen Pirrone.

Jueves: Héctor Petrucci.

Viernes: Horacio Barredo.

Sábado: Damián Allegri.

Domingo: Nora Leal Marchena.

Referencias bibliográficas

1. Bauman Z. *La sociedad sitiada*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2004.
2. Foucault M. *La microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta, 1980.
3. Freud S. *Más allá del principio del placer*. Buenos Aires: Amorrortu, 1979.
4. Freud S. *El malestar en la cultura*. Buenos Aires: Amorrortu, 1979.
5. Freud S. *Lo inconsciente*. Buenos Aires: Amorrortu, 1979.
6. *Consejos al médico*. Buenos Aires: Amorrortu, 1979.
7. Galende E. *De un horizonte incierto*. Buenos Aires: Paidós, 1997.
8. Galende E. *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires: Paidós, 1989.
9. Kaes R 1991 *El pacto denegativo en los conjuntos transubjetivos*. Bs.As. Amorrortu
10. Legendre P. *El crimen del cabo Lortie*. México: Siglo XXI Editores, 1994.
11. Ricón L. *La relación terapéutica*. Buenos Aires: Polemos, 2003.
12. Vommaro H. *Violencia en Psiquiatría y Salud Mental. Sinopsis*, 2006.
13. Vommaro H. *Resiliencia, Trauma y Subjetividad. Sinopsis*, 2007.

lecturas y señales



SEÑALES

ENRIQUE PICHON RIVIÈRE

Médico, Psiquiatra, Psicoanalista, Psicólogo Social
(Homenaje in memoriam)

Eduardo Luis Mahieu

Médico Psiquiatra. Docente Titular, Curso de formación de postgrado de Médicos Psiquiatras,
Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Córdoba.
Ex-Secretario General de la Regional Centro de la Federación Argentina de Psiquiatras.

“La problemática de la enfermedad y el desafío de la cura lo apasionaban, a la vez que lo comprometían en un vínculo en el que se permitía la identificación y en el que la cosificación del otro nunca encontró lugar. Años más tarde, en su salud quebrantada, y ante la preocupación por el costo de esa entrega incondicional al paciente que instrumentó en el campo de la urgencia psiquiátrica y su diseño de abordaje, Enrique respondía con orgullo: soy médico”.

Ana Pampliega de Quiroga,
en F. Fabris: Pichon Rivière,
un viajero de mil mundos.

He querido iniciar este trabajo con las admirables y conmovedoras frases de Ana Quiroga, su tercera compañera quien compartió la vida y la obra de Pichon Rivière hasta el final, en 1977. Y he querido citarla para completar el epígrafe de la portada del libro obra de mi hijo Eduardo Tomás y del también argentino, platense, familiar de Telma Reca de Acosta, pionera de la psicoterapia infantil, Dr. Martín Reca. La obra de Pichon Rivière no se reduce al psicoanálisis, sino que abarca toda la psiquiatría en todas sus escuelas y variedades.

Este año se cumple el centenario del nacimiento de Pichon Rivière, el 25 de junio de 1907, y el 30º aniversario de su muerte, el 16 de julio de 1977.

Pichon Rivière nació en Ginebra, Suiza, como hijo único de Alphonse Pichon (pariente del ilustre médico y psicoanalista francés Edouard Pichon, esposo de la

hija de Pierre Janet el gran competidor de Freud) y de su segunda esposa, Josephine de la Rivière, hermana a la vez de la primera esposa del padre, y madre a su vez de los cinco hermanastros de Enrique. Ambos padres de Enrique pertenecían a familias de la alta burguesía francesa de intelectuales y diplomáticos, de ideas socialistas, emigrados en Ginebra, Suiza.

Cuando Pichon Rivière tenía cuatro años, la familia emigró a la Argentina, a una zona rural del norte de la provincia de Santa Fe, y luego a Goya, en la provincia de Corrientes. Allí vivirá su infancia, pubertad y adolescencia, impregnándose doblemente de la cultura francesa y argentina (cursará en Goya sus estudios primarios y secundarios), pero también de la cultura guaraní, que dejarán profunda impronta en su espíritu con sus mitos y leyendas, que le harán comprender el pensamiento primitivo y arcaico, que reencontrará en los niños y los esquizofrénicos.

Y también allí, y en esta etapa de su vida nacerá su melancolía existencial, que lo acompañará toda su vida y dará razón de su teoría de la enfermedad única que la tiene como su núcleo primigenio originario. Sus poesías serán reveladoras, como la que escribió en 1924, a los 17 años de edad:

Connaissance de la Mort¹

Je te salue, mon cher petit
et vieux cimetière de ma ville
où j'ai appris à jouer avec les morts
C'est ici où j'ai voulu me révéler

le secret de notre courte existence
à travers les ouvertures
d'anciens cercueils solitaires

Elizabeth Roudinesco en su *Diccionario de Psicoanálisis* habla de su "infancia melancólica" y de que aunque "siempre melancólico y con depresiones que curaba bebiendo" [...] "tiene un lugar incuestionable de maestro de pensamiento, a pesar del alcohol y los medicamentos". Ya volveremos sobre esto.

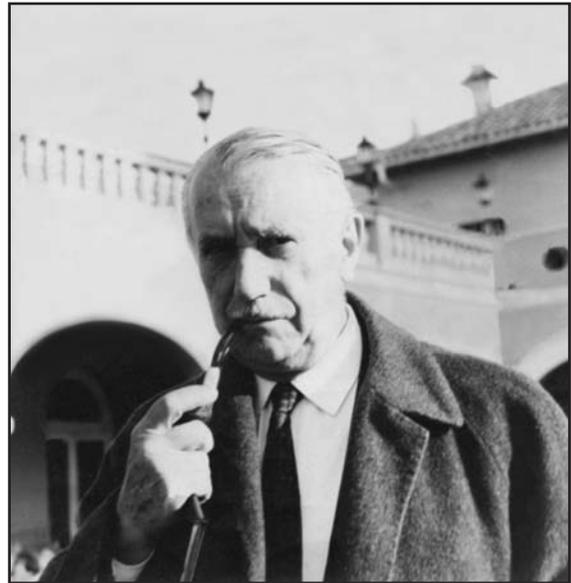
Fernando Fabris, en su erudita obra *Pichon Rivière. Un viajero de mil mundos*, divide la trayectoria de su existencia en tres etapas, que seguiremos, modificando ligeramente algunas fechas límites.

La primera etapa, de Psiquiatría Clínica, se extiende, a mi entender, desde su adolescencia, 16-17 años (1923) hasta 1942 cuando ya contaba con 35 años. En realidad ya había comenzado a estudiar psiquiatría desde la secundaria en forma autodidacta y después de un breve paso por la facultad de Medicina de Rosario, se inscribe en Buenos Aires en 1926, para recibirse de médico diez años después, en 1936. Durante sus años de estudiante fue practicante en el Asilo de Oligofrénicos de Torres y en el Instituto Charcot de Clínica Psiquiátrica. También en esos años se ocupará de política socialista, herencia de sus mayores, de crítica de arte en la revista *Nervio*, en el diario *Crítica*, donde establecerá amistad con Roberto Arlt, Raúl González Tuñón, y, al mismo tiempo, de Medicina Social, con Gonzalo Bosch.

En 1936, recién recibido, ingresará al campo de la psiquiatría clínica pesada, en el Hospicio de las Mercedes, dirigido por el profesor Gonzalo Bosch, renovador de la medicina mental y de ideas socialistas, quien será su amigo y mentor. Ejercerá en el Hospicio, hoy Hospital Borda, durante doce años, hasta 1947, año en que deberá renunciar por presiones políticas de grupos fascistas.

Sus intereses y trabajos científicos de esa época se refieren esencialmente a los delirios crónicos en la concepción órgano dinamista de Henri Ey y de su discípulo Charles Nodet, al narcodiagnóstico, y la teoría psicoanalítica de la epilepsia que marca el comienzo de la influencia del psicoanálisis en su pensamiento y el embrión de su futura TEU, Teoría de la Enfermedad Única. Deseo destacar especialmente su trabajo sobre "Nueva terapéutica convulsivante con Electro Shock" de 1942, cuyos efectos terapéuticos explica por mecanismos e interpretaciones psicoanalíticas, técnica de la que no renegó nunca, porque como dice Vezzetti en su excelente libro *Aventuras de Freud en el país de los argentinos*: "para nuestro autor la terapéutica convulsivante que siguió defendiendo siempre para algunos cuadros" (p.260).

Debemos señalar que en ese período de su vida, en el mismo año en que se recibe, 1936, se casará con Arminda Aberastury (1910-1972), primera psicoanalista de niños de la Argentina, discípula y traductora de



Melanie Klein, madre de sus tres hijos: Enrique, Joaquín (psicólogo social) y Marcelo (poeta y compilador de la obra de su padre). El matrimonio se separó en 1956, y Arminda terminó suicidándose en 1972, a los 62 años.

La segunda etapa de la existencia de Pichon Rivière, que Fabris llamó Psicoanalítica, se extiende desde 1941 hasta 1955, de los 34 a los 48 años. Debemos destacar que la transición de una etapa a la siguiente se efectúa en forma gradual y progresiva, no en una ruptura tajante renegando de los conceptos y teorías de la etapa anterior, sino dialécticamente, conservando y superando las concepciones precedentes, en una auténtica síntesis, *aufhebung* hegeliana como lo hacía y haría siempre. Esta etapa se inicia gradualmente en 1941 cuando aún trabaja en el Hospicio de las Mercedes, tratando de interpretar los cuadros psicóticos según el psicoanálisis (atravesará rápidamente la etapa adleriana, y luego prolongada y profundamente las etapas freudiana y kleiniana, que será la última), al compás de sus lecturas y estudios, mientras trata a sus pacientes con los tratamientos biológicos de la época. Prueba de ello serán sus trabajos de 1941-42: "Teoría psicoanalítica de la epilepsia", "Alteraciones del esquema corporal en el curso de la histeria, epilepsia y coma glucémico", "Terapéutica convulsivante con Cloruro de Amonio" y "Nueva terapéutica convulsivante por Electro Shock". En años siguientes dará cursos de Psiquiatría Psicoanalítica (1943), Psicoanálisis de la Esquizofrenia (1946), Narcoanálisis (1946), Úlcera péptica y PMD (1948), Psiquiatría Infantil (1948), Ansiedades Paranoicas y Mecanismos Esquizoides (1954), Posición Esquizoparanoica y Posición Depresiva (con su esposa - 1954), Coma Insulínico (1954), Teoría del Vínculo (1956), Psicoterapia de Grupo (1957), Psicopatología y Psiquiatría Dinámica (1957).

Es en el curso de esta etapa, en 1942, que funda la Asociación Psicoanalítica Argentina -de la que será dos veces presidente-, junto con Rascovsky, Garma y Cárcano, a los que pronto se unirán Tallaferró, Marie

1. Conocimiento de la Muerte: Yo te saludo, querido, pequeño/ y viejo cementerio de mi pueblo/ donde aprendí a jugar con los muertos/ Aquí es donde he querido revelarme/ el secreto de nuestra corta existencia/ a través de las aperturas/ de viejos ataúdes solitarios.

Langer, Eduardo Kampf, Luisa Alvarez de Toledo y Arminda Aberastury, y se alejará de la misma en 1959 por discrepancias entre grupos internos (en uno de ellos, opositor a Pichon Rivière, militaba su esposa).

Emilio Rodríguez, presidente de la APA en aquella época, lamenta, en su obra *El libro de las Separaciones*, haber tomado la decisión de haber sancionado a Pichon Rivière, suspendiéndolo en su condición de analista didáctico, por haberse atrasado en el pago de sus cuotas como socio, cuando debería haberlo nombrado Presidente Honorario. "Fue un error grave", dice, "mi segunda mancha como psicoanalista".

Al mismo tiempo continuó trabajando en la Sociedad de Neurología y Psiquiatría y en el Hospicio, hasta 1947 como ya se dijo, año en que fue separado del mismo, y entonces fundó su Instituto Privado (1948) también conocido como Instituto Pichon Rivière o Clínica de la Calle Copérnico, transformándolo en un centro excepcional de tratamiento, investigación, docencia y formación de psiquiatras y psicoanalistas.

En los años 46-47, se dan dos de las más importantes concepciones de Pichon Rivière: "El Psicoanálisis del Conde de Lautréamont", quince conferencias sobre los "Cantos de Maldoror" del poeta uruguayo-francés Isidoro Ducasse, quien estuvo una temporada en Córdoba (1846-1870, 24 años), y cuya vida y poesía, desbordante de perversos fantasmas kleinianos, fascinó a Pichon durante toda su vida, y cuyo estudio psicoanalítico tuvo repercusión universal.

La segunda obra a la que nos referiremos un poco más adelante, es su famosa Teoría de la Enfermedad Única, que tiene relación con la epilepsia y el electroshock: Pichon consideraba que el tratamiento convulsivo transformaba al psicótico en un neurótico que entonces podía ser accesible al psicoanálisis. Quiero mencionar una cita del libro de Fabris: "Respecto de las esquizofrenias en adultos, propone la utilización combinada de tratamientos psicoterapéuticos con los de shock hipoglucémico, cardiazol o electroshock".

La tercera etapa, denominada de Psiquiatría y Psicología Social, que se extiende desde 1956 –año de su "expulsión" de la APA y de su divorcio de Arminda Aberasturi –hasta 1977, año de su muerte.

Se vuelca al estudio de la Psiquiatría y Psicología Sociales, y a la Fundación de asociaciones asistenciales, investigativas y docentes, que son sucesivamente:

El Instituto Argentino de Estudios Sociales: IADES (1958).

La Escuela Privada de Psiquiatría (1959).

La Primera Escuela Privada de Psiquiatría Social (1962-1963).

Primera Escuela Privada de Psicología Social (1967).

Durante esos años de intensa actividad asistencial y docente, continúa ejerciendo la psiquiatría integral: clínica, psicoanalítica y social, del que rescatamos su trabajo de 1960, sobre el "Empleo del Tofranil en Psicoterapia Individual y Grupal" (en colaboración con Bleger, Liberman y Rolla). Y en 1961, es elegido Presidente del Segundo Congreso Argentino de Psiquiatría.

En 1962 conocí a Pichon Rivière, internado en el "Sanatorio Bermann" de la ciudad de Córdoba, en el que yo trabajaba por ese entonces como médico interno.

Estaba afectado de un severo síndrome confusional, consecuencia de sus múltiples adicciones, y fue recuperándose totalmente en poco tiempo. En 1970 escribiría un excelente trabajo sobre "Psicosis hípnicas y confusionales".

Conservo de él un emocionado recuerdo: almorzábamos y cenábamos juntos en mis días de guardia, y conversábamos como dos compañeros iguales, de todo, de psiquiatría, filosofía, psicoanálisis, poesía, literatura y política. Al irse de alta me dejó como regalo dos libros en francés sobre dos excelsos poetas alemanes: Novalis y Trakl.

De las múltiples anécdotas de su vida que me relató, rescato una que me quedó grabada, que tenía como corolario "para ser un buen psiquiatra, hay que tener noche y tener calle". Me explicó detalladamente cómo fue la prolongada gestación de la TEU (Teoría de la Enfermedad Única). Y también un recuerdo trágico: su compañera de aquel entonces, una bella y simpática joven, que venía a visitarlo desde Buenos Aires manejando su Fiat 600, se mató en la trágica curva de Manfredi, ya cerca de Córdoba. Le tocó a Gregorio Bermann darle la terrible noticia.

En 1972 también dos tragedias, dos suicidios, ensombrecieron sus días: el de su primera esposa y madre de sus hijos, y el de su entrañable amiga y paciente, la melancólica poetisa Alejandra Pizarnik, a quien analizaba y medicaba con anfetaminas y barbitúricos (que también él había consumido).

Durante todo este largo tercer período de su vida continuó estudiando pacientes y urgencias psiquiátricas (sobre las que escribirá un artículo en 1968) y escribiendo sobre todos los temas que lo habían apasionado: la psiquiatría, el psicoanálisis, el arte, la poesía, el cine, el tango, el proceso creador, la filosofía y fundamentalmente sobre Psicología Social (en colaboración con su discípula, colaboradora, compañera de su vida y continuadora de su obra Ana Pampliega de Quiroga).

Antes de concluir este artículo sobre la vida y obra de Pichon Rivière, tan absolutamente incompleto, no quiero dejar de recordar su viaje a Europa con su esposa Arminda, donde visitó y dio conferencias en Ginebra, en París, (donde visitó a Lacan en su domicilio) y en Londres (donde se reunió con Melanie Klein, la psicoanalista que mayor influencia tuvo en su pensamiento, y los kleinianos Joan Rivière, Paula Heimann, Rosenfeld, Hanna Segal y otros), tampoco quiero dejar de referirme brevísimamente a tres puntos sobre su personalidad y su obra.

En primer lugar a su insobornable, inquebrantable, valiente y permanente actitud ética, ejemplo obligatorio para todos nosotros, actitud ética médica hipocrática, actitud ética política, actitud ética científica de rechazo a todo sectarismo, a todo dogmatismo, a todo reduccionismo, especialmente en nuestra actitud científica frente a la perimida y antidialéctica oposición organicismo-psicogénesis, tratamiento biológico-psicoterapia. En segundo lugar, su convicción filosófica de que el único medio de llegar a la verdad en las ciencias de la natura-

leza y especialmente en las ciencias del hombre, es la dialéctica materialista.

Casi no hay página de todos sus escritos donde no figure la expresión dialéctica, materialismo dialéctico, totalidad dialéctica, espiral dialéctica, y cito textualmente, en 1967: "En los últimos años, al uso instrumental de la lógica formal se agregó el de la lógica dialéctica y la noción de conflicto, donde los términos no se excluyen, sino que establecen una continuidad genética sobre la base de síntesis sucesivas".

Es como el eco de las afirmaciones de Henri Ey, quien dijo, en 1950: "Es a la filosofía de Bergson que somos fieles como lugar privilegiado de este encuentro. Ella representa, en efecto, una suerte de síntesis entre las tesis fenomenológicas y las tesis marxistas... nos preguntamos... qué diferencia profunda y verdadera hay entre la Evolución Creadora y el Materialismo Dialéctico".

En tercer y último lugar a la TEU, su Teoría de la Enfermedad Única. En nuestras conversaciones en el "Sanatorio Bermann" en 1962, me comentó que de esta enfermedad, que tenía tres formas o especies: la epilepsia, la melancolía y la esquizofrenia, había pensado que la epilepsia era el núcleo generador de las otras dos, y que creía que él mismo padecía una especie de epilepsia psíquica. Por tal motivo se había hecho realizar por un amigo electroencefalografista del Hospital Francés de Buenos Aires, numerosos electroencefalogramas sin ningún resultado, decidiéndose por ello a colocar a la melancolía como *primus movens* o causa originaria.

Vezzetti ha sintetizado brillantemente la enfermedad única, auténticamente psicósomática: la melancolía era para él el núcleo central de toda psicosis. Pichon Rivière describió la pérdida de objeto como equivalente a una muerte inducida por un superyo sadomasoquista; la epilepsia era el prototipo de la crisis capaz de restaurar (curar) provisionalmente el equilibrio pulsional, de allí su indicación terapéutica del electroshock como "epilepsia artificial" (expresión utilizada también por Lacan) y, finalmente, la esquizofrenia era el modelo de todas las formas de regresión del yo.

En realidad, la hipótesis de la Enfermedad Única se remonta al origen de la medicina, a Hipócrates mismo, 400 años antes de Cristo, como lo he pretendido demostrar en mi trabajo "Enfermedad Sagrada – Enfermedad Única, de Hipócrates a Pichon Rivière", presentado en París en ocasión del Congreso Europeo de Historia de la Psiquiatría del año 2005, y también publicado en los *Cahiers Henri Ey*.

Esa concepción ha pasado desde Hipócrates hasta Pinel, Guislain, Zeller, Griesinger, Kretschmer, Kleist, Leonhard, Luxenburger, y también a Jaspers, Minkowski y el mismo Henry Ey.

Como no he encontrado en Pichon Rivière ninguna mención de esta historia, concluyo que la concibió en forma autónoma y personal.

Dos palabras más sobre la historia de esta enfermedad. Hipócrates la llamó Enfermedad Sagrada, conservando la denominación popular que la concebía sagrada por ser causada por los dioses (*ierés nousos* en griego). Para Hipócrates era la enfermedad del encéfalo (cerebro) con tres formas clínicas: epilepsia, locura tranquila y locura agitada. Las dos primeras se debían al flujo y estancamiento de la flema (que nacía en el encéfalo), si se acantonaba en la cabeza: locura tranquila, si fluía por los miembros, convulsiones (recordemos el concepto freudiano del estancamiento de la libido y el estrecho parentesco de la epilepsia y la histeria convulsiva en su época y en lo de Charcot). La locura agitada era causada por la bilis nacida en el bazo, es *plenium*, spleen, hipocondría.

Para Platón las enfermedades del alma eran causadas por la mezcla de la flema y la bilis. Y para Aristóteles todas las enfermedades mentales, y otras también, eran causadas solamente por la bilis negra, la melan-colé, fría o caliente. La bilis negra, es un concepto posthipocrático introducido por su yerno y discípulo Polibo en su texto *La naturaleza del hombre*.

Al final podemos casi decir que la intuición de Pichon, es cierta: todas las enfermedades mentales son causadas por un mal-humor, la bilis negra, la melan-colé, la melancolía ■

Referencias bibliográficas

Fabris FA. *Pichon Rivière. Un viajero de mil mundos*. Polemos, Buenos Aires, 2007.
Mahieu ET, Reca M. *Pichon Rivière*. L'Harmattan, Paris, 2006.

Pichon Rivière E. *Obras Completas*. Nueva Visión. Buenos Aires.
Vezzetti H. *Aventuras de Freud en el país de los argentinos*. Paidós, Buenos Aires, 1996.