

Hermanos de
San Juan de Dios
Barcelona
Provincia de San Rafael

Año 51. Segunda época. Enero - Febrero - Marzo 1999
Número 251. Volumen XXXI

CONSEJO DE REDACCIÓN

Director

MIGUEL MARTÍN

Redactores

MARIANO GALVE
JOAQUÍN PLAZA
CALIXTO PLUMED
FRANCISCO SOLA

Administración

JOSÉ LUIS GARCÍA IMAS

Secretaría de Dirección

MAITE HEREU

CONSEJO ASESOR

FRANCISCO ABEL
FELIPE ALÁEZ
M.ª CARMEN ALARCÓN
MIGUEL A. ASENJO
MANUEL CEBEIRO
ESPERANZA CACHÓN
ÁNGEL CALVO
JESÚS CONDE
RUDESINDO DELGADO
JOAQUÍN ERRA
FRANCISCO DE LLANOS
PILAR MALLA
JAVIER OBIS
JOSÉ A. PAGOLA

DIRECCIÓN Y REDACCIÓN

Curia Provincial

Hermanos de San Juan de Dios
Doctor Antoni Pujadas, 40
Teléfono 93 630 30 90
08830 SANT BOI DE LLOBREGAT
(Barcelona)

E-mail: curia@ohsjd.es

Información y suscripciones

E-mail: revistas@ohsjd.es

<http://www.ohsjd.es>

Publicación autorizada por el Ministerio
de Sanidad como Soporte Válido.
Ref. SVR n.º 401.

ISSN 0211-8268 - Dep. Legal: B. 2998-61
EGS - Rosario, 2 - Barcelona

Sumario

Editorial

BIOÉTICA EN PROCESO DE REFLEXIÓN 3

MANUEL DE LOS REYES LÓPEZ

**«NO CONSIDERO QUE LA ÉTICA DEBA SER
UNA MODA SINO UN MODO DE HACER»** 6

Hno. Miguel Martín Rodrigo

**LOS LÍMITES DEL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA.
CONSIDERACIONES FILOSÓFICAS Y BIOÉTICAS** 19

Dr. Francesc Torralba Roselló

**CARTA DE DERECHOS Y DEBERES
SANT JOAN DE DÉU - SERVEIS DE SALUT MENTAL** 32

**LA ATENCIÓN PASTORAL DEL ENFERMO MENTAL
DESDE UNA VISIÓN INTEGRAL E INTEGRADORA
DE LA ASISTENCIA** 43

Hno. Ricardo Dasí

O.H.S.J.D.
CURIA PROVINCIAL
SANT BOI
5.E.34

Bioética en proceso de reflexión

Nadie pone hoy en cuestión el gran avance que se ha llevado a cabo en el mundo de la bioética. Pocas disciplinas estarán hoy gozando –o quizá sufriendo– un proceso tan universal de expansión más allá incluso del campo de la medicina. Los medios de comunicación son generosos altavoces de este crecimiento. Claro que su generosidad suele tener clara contrapartida. Los problemas abordados por la bioética tienen generalmente reclamo en el pueblo; no en vano son problemas que afectan a la vida de las personas y, a veces, de los pueblos enteros, o mejor aún, del futuro del propio hombre.

Y en medio de esta eclosión, ha ido apareciendo un grupo de personas –en su gran mayoría profesionales del mundo de la salud–, que se han puesto al día en esta disciplina. Desarrollo de cursos de formación permanente, congresos, jornadas, masters... han ido emergiendo en medio de la geografía nacional con gran fuerza. Hoy son ya no pocos los profesionales de la salud que, si bien no son ni tienen una titulación académica concreta al respecto, sí que disponen ya de una formación que les acerca a la bioética con cierta familiaridad.

Los Comités de Ética se han ido imponiendo en un buen número de hospitales. Y allí donde todavía no se han implantado se está en proceso de hacerlo. Diversas administraciones sanitarias han elaborado ya leyes que los acreditan y regulan. Así las cosas, todo parecería indicar que la bioética, situada en la cresta de la ola, únicamente tenía que disfrutar de la bondad del momento. Pero no es así.

Si todo saber ha de ser, por principio, crítico, la ética –y concretamente en nuestro caso la bioética–, no disponía de otra alternativa si quería ser honesta consigo misma. Y en su proceso de autorreflexión está comenzando a apuntar una serie de pistas que resultan muy significativas. Recientes intervenciones de reconocidos expertos en bioética en el ámbito español así lo atestiguan.

LH desea subrayar dos de estas pistas que consideramos de suficiente calado como para no pasarlas por alto. A saber:

■ ***Potenciar o, en su caso, iniciar la reflexión bioética sobre los fines y no sólo sobre los medios.***

El rapidísimo desarrollo científico y tecnológico ha obligado a la reflexión bioética a centrarse casi exclusivamente en el ámbito de las procesos asistenciales influidos muy seriamente por dicho desarrollo.

Pero hoy está emergiendo una pregunta que va más allá y que se ubica en una dimensión más profunda: qué entendemos por salud, qué «grado» de salud ha de ofrecerse por los estados a sus ciudadanos, qué grado de responsabilidad tienen en la promoción y defensa de esa salud los poderes políticos, la administración sanitaria, los centros de salud y los propios ciudadanos. En definitiva, ¿sobre qué horizonte utópico situamos la salud hacia la que todos hemos de caminar?

Por otro lado no escapa aquí la necesidad, cuando menos, de reflexionar sobre la dimensión universal del derecho a la salud que reconocemos a todo ciudadano y su articulación social y política. En palabras más sencillas: ¿podemos instalarnos cómodamente en un debate, ubicado en el primer mundo, sobre proporcionalidad o desproporcionalidad de tratamientos, derecho a la información, consentimiento informado...cuando existen millones de seres humanos que no tienen acceso a niveles mínimos de asistencia sanitaria? Y lejos de nosotros pretender con esta pregunta hacer fácil demagogia.

■ ***Más allá del principialismo. Apelación a la virtud***

Como si se tratase de los diez mandamientos que recitábamos de carrerilla en nuestra infancia, hoy recitamos los cuatro principios de la bioética (no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia). Y, con ellos en la mano, intentamos aplicarlos dando por hecho que en ellos se halla la panacea de toda solución a los conflictos bioéticos que se nos plantean. Casi resulta, a veces, un problema mecánico. Y no es tal.

Bienvenidos sean dichos principios que nos han ayudado metodológicamente a acercarnos a un mundo tan complejo. Interesante pedagogía que nos ayuda en nuestro esfuerzo. Pero esos mismos principios, exprimidos hasta sus últimas consecuencias, apelan a unos seres humanos que han de al menos intentar seriamente vivir desde una bondad lúcida, desde una autonomía responsable y co-responsable, y desde una justicia solidaria. En definitiva, apelan a un hombre virtuoso.

La auténtica bioética no se llevará a cabo por la aplicación mecánica de unos principios sino desde la reflexión coherente y, consecuentemente, desde la praxis adecuada de profesionales de la salud vocacionados y sujetos de una deontología propia, así como de ciudadanos que asuman, junto a sus justas exigencias del derecho a la salud, la responsabilidad propia que en el mismo les corresponde.

Ambas líneas de reflexión implican un salto cualitativo de la bioética de importancia mayor de la que inicialmente nos pudiera parecer. Entre otros aspectos, porque suponen la ampliación del debate más allá de los pequeños círculos de expertos a la plaza pública de la sociedad.

¿Hacia qué tipo de salud queremos orientarnos? no es una pregunta que puedan responder los miembros de un Comité de Ética tan siquiera de ámbito nacional. Ha de ser toda una sociedad la que, debida y democráticamente articulada, se ha de pronunciar.

Caminar hacia el «hombre virtuoso» no es un objetivo que esté al alcance de una Facultad de Medicina o una Escuela de Enfermería. Es, de nuevo, toda una sociedad la que se ha de movilizar en formar a sus ciudadanos en una serie de valores y en el ejercicio de unos deberes correspondientes.

Siempre intuíamos que una auténtica bioética debería, tarde o temprano, de dar un salto hacia delante. Parece que ese momento está llegando. No lo dejemos pasar.

LH

II Jornadas Nacionales Comités de Ética Asistencial

«Calidad de vida y decisiones asistenciales»

Barcelona, 10-11 Marzo 2000

Programa

10 de marzo del 2000

- 09.00 a 09.30 INAUGURACIÓN.
- 09.30 a 10.30 **Calidad de vida: concepto y fundamentos antropológicos:** FRANCESC TORRALBA.
- 10.30 a 11.00 CAFÉ.
- 11.00 a 12.00 **Calidad de vida desde la ética civil y desde la ética cristiana:** JOAN CARRERA.
- 12.00 a 13.00 **La calidad de vida: un concepto entre la objetividad y la intersubjetividad:** JUAN LUIS TRUEBA.
- 13.30 a 15.30 ALMUERZO DE TRABAJO.
- 15.30 a 17.00 **Caso clínico práctico**
Coordinador: FRANCESC ABEL.
- 17.00 a 17.30 CAFÉ.
- 17.30 a 19.30 Mesa Redonda:
CALIDAD DE VIDA Y SOCIEDAD.
Coordinación: MARISA SERRA.
Aspectos sociales (PILAR MALLA).
Aspectos políticos (XAVIER TRIAS).
Aspectos espirituales (MIGUEL MARTÍN).
Influencia de los medios de comunicación (SALVADOR ALSIUS).

11 de marzo del 2000

- 09.00 a 10.30 **Calidad de vida y decisiones asistenciales en el campo de la pediatría y la obstetricia:** RAFAEL JIMÉNEZ.

Punto de vista del equipo pediátrico:
FCO. JOSÉ CAMBRA, LL. CLARAMUNT.
Punto de vista del equipo quirúrgico:
LLUIS MORALES.
Punto de vista del equipo de obstetricia:
JOSÉ M.ª LAILLA.

- 10,30 a 11.30 **Calidad de vida y tratamiento fútil: concepto y aplicaciones prácticas:** MARIO ICETA.
- 11,30 a 12.00 CAFÉ.
- 12.00 a 13.00 **Investigación y calidad de vida:** DIEGO GRACIA.
- 13.00 CLAUSURA.

INSCRIPCIONES

- Antes del 31 de enero del 2000 30.000 ptas.
Después del 1 de febrero del 2000 40.000 ptas.

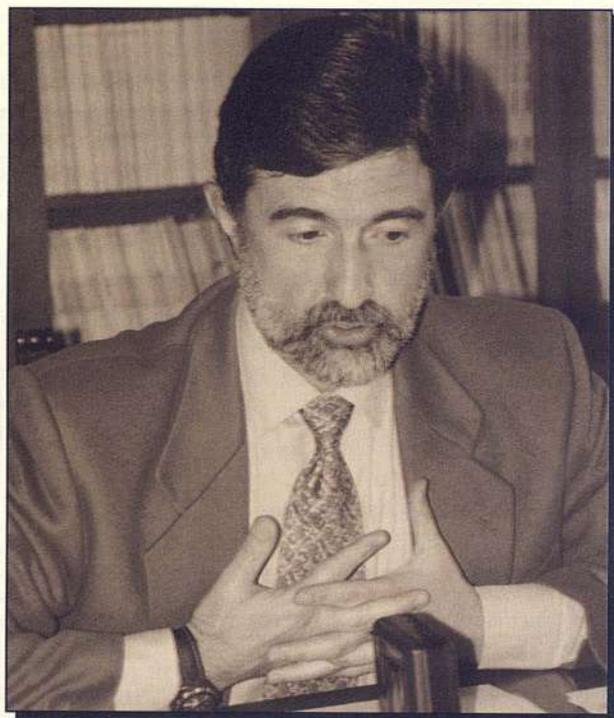
SECRETARÍA

Ana Sáez Ortuño.
Hospital de Sant Joan de Déu.
Passeig de Sant Joan de Déu n.º 2.
Teléfono 93 253 21 30. FAX 93 280 41 70.
Email: rjimenez@hsjdbcn.org y rjimenez@medicina.ub.es

SEDE

Centro «La Caixa»
Diagonal 615 2.ª Planta
BARCELONA

«No considero que la ética deba ser una moda sino un modo de hacer»



Manuel de los Reyes es doctor en medicina, especialista en Cardiología y magister en Bioética por la Universidad Complutense de Madrid.

MANUEL DE LOS REYES es socio fundador y primer Presidente de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, constituida en 1994.

Nació en Madrid en 1950. Es Doctor en Medicina por la Universidad Complutense de Madrid y Especialista en Cardiología. Trabaja en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos del Instituto de Cardiología de Madrid. Dentro de la Sociedad Española de Cardiología, a la que pertenece, ha participado en la elaboración de documentos de consenso y guías de práctica clínica sobre infarto agudo de miocardio y angina de pecho, así como en la planificación

y organización de las Unidades Coronarias en España. Recientemente ha coordinado la elaboración de un documento de recomendaciones sobre el consentimiento informado en Cardiología.

Pero a su inmejorable currículum técnico, el Dr. De los Reyes, añade otro no menos interesante sobre su personal andadura en el campo de la Bioética. Master en Bioética por la Universidad Complutense de Madrid -tras realizar los cursos pertinentes bajo la dirección del Profesor Diego Gracia-, constituye, junto con otros compañeros, la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, antes mencionada, y de la que es su primer Presidente. Dentro de la misma, y al tiempo que desarrolla el trabajo propio de la presidencia, trabaja en diferentes áreas de interés creadas en ella.

En la actualidad imparte clases en el Master de Bioética que dirige el Profesor Javier Gafo, en la Universidad Pontificia de Comillas, y en el del Profesor Diego Gracia en la Universidad Complutense de Madrid.

A su formación científico-técnica como médico, enriquecida más tarde con la formación en bioética, Manuel de los Reyes añade la articulación lúcida de su fe cristiana compartida en el campo de la Pastoral de la Salud. Miembro de la Asociación PROSAC (Profesionales Sanitarios Cristianos), pertenece también al equipo de la Delegación de Pastoral de la Salud de la diócesis de Madrid. Fue uno de los miembros que, junto con el Profesor Diego Gracia, prepararon la ponencia del Congreso «Iglesia y Salud», celebrado en Madrid en 1994, titulada «El mundo de la salud y de la enfermedad a examen».

Está casado y es padre de dos hijos. Maite, su esposa, es también médico, con la especialidad en Pediatría y Endocrinología.

Humanamente, Manuel de los Reyes es una persona entrañable. De esas que emana paz, serenidad. De talante sencillo. Apenas si deja traslucir su impresionante saber y su gran experiencia clínica adquirida en años y años de trabajo. Al menos, nunca da la sensación de querer imponer criterios ni tener la última palabra en nada. Es un hombre de diálogo, de consenso. Es uno de esos hombres cuya importancia se deja notar cuando falta.

En el último Congreso de la Asociación, celebrado en La Coruña el pasado mes de marzo, se presentó un documento que, elaborado por un grupo de expertos de la misma, aborda el tema de «La Educación en Bioética de los profesionales sanitarios en España». Documento de gran interés. Es por ello por lo que, aprovechando dicho evento, nos pareció oportuno acercarnos al Dr. Manuel de los Reyes con el fin de conocer algunos puntos sobre su perspectiva acerca del mundo de la bioética en nuestros tiempos.

Este es el resultado de nuestro encuentro.

■ **¿Podrías hacernos una breve síntesis de los orígenes y de la realidad actual de la Asociación que presides?**

La Asociación de Bioética Fundamental y Clínica surge y se constituye en la Asamblea Constituyente celebrada el 15 de abril de 1994 en Madrid.

Naturalmente, como en todo grupo humano, hubo unos prolegómenos antes de su formación. En primer lugar, ya en el año 1991 se estaban desarrollando los cursos de Magister y Experto en Bioética que dirigía el profesor Diego Gracia Guillén, en el Departamento de Salud Pública, Medicina Preventiva e Historia de la Ciencia de la Universidad Complutense de Madrid. Entonces se suscitó la idea de establecer alguna fórmula de continuidad para los miembros que realizamos dichos cursos, una vez hubieran concluido. Si bien no llegó a concretarse mucho más, se organizaron en 1992 unos grupos de trabajo en diversas áreas de interés: investigación clínica, específicamente la evaluación ética de los ensayos y, en particular, el

uso del placebo; y cuestiones éticas de la asistencia clínica en torno al final de la vida.

Se necesitaron casi tres años de reuniones periódicas para que estos incipientes grupos tomaran cuerpo, y para que se vertebrara el grupo promotor e impulsor de lo que iba a ser la futura Asociación. De hecho, hasta después de perfilar la identidad de este colectivo, redactar sus estatutos y definir claramente los fines y objetivos que nos animaban no se constituyó como tal nuestra Asociación, en la fecha al principio mencionada. Empezamos con 70 miembros y actualmente somos 230 los socios de número. Hay tres

Una de las pretensiones de la Asociación es adquirir un compromiso con toda la sociedad española tratando de ofrecer un foro de debate abierto y una reflexión rigurosa sobre los conflictos bioéticos que se nos plantean, sobre todo a los profesionales sanitarios

socios de honor: D. Pedro Laín Entralgo, ejemplo vivo de hombre sabio y prudente, con una actitud constante de concordia, tolerancia, amor por el ser humano sano o enfermo, y con un permanente compromiso ético en la sociedad española; y dos personas ya fallecidas con méritos relevantes en el campo de la ética y de la moral en nuestro país, D. José Luis López-Aranguren y D. Gonzalo Higuera Udías.

Quiero destacar algo, para mí muy importante: la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica tiene un referente claro en sus orígenes y evolución, pues somos deudores del saber y del talante de una persona singular, el Profesor Diego Gracia Guillén. No podría resumir aquí todo el débito hacia él porque mi admiración y gratitud van parejas. En su modestia, él afirma que sólo ha tratado de hacer brotar en los demás lo mejor que cada uno lleva en su interior, tratando de inculcarnos una visión responsable en nuestras profesiones, que no es poco.

Desde su creación, nuestra Asociación ha celebrado hasta el momento tres Congresos Nacionales –en junio de 1996 en Madrid, en noviembre de 1997 en

Barcelona y en marzo de 1999 en La Coruña–, varios Seminarios sobre temas diversos, y ha publicado los contenidos de dichas reuniones. Algunos de sus miembros ya han realizado tesis doctorales sobre temas de bioética y otros las tienen en marcha. Asimismo, bastantes miembros están fuertemente implicados en los Comités Éticos de Investigación Clínica y en los Comités de Ética Asistencial.

■ *¿De dónde proceden los integrantes de la Asociación?*

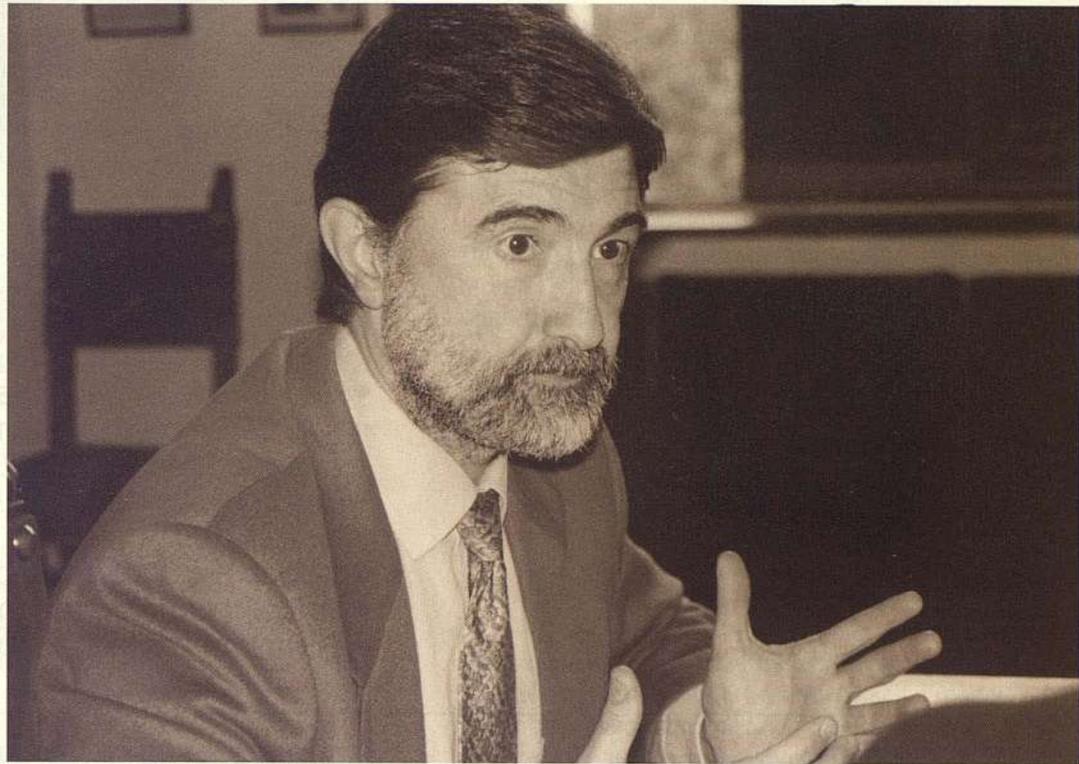
Aproximadamente dos tercios de los miembros proceden de los citados cursos de Magister y Experto en Bioética de la Universidad Complutense de Madrid; y tengo que decir, que la mayoría de ellos se han formado gracias al apoyo del Insalud. Una cuarta parte se ha ido incorporando a partir de actividades docentes desarrolladas en distintos lugares de la geografía; por poner ejemplos, en Galicia las organizadas por la Fundación Paideia con la colaboración del Servicio Gallego de Salud, o en el País Vasco las promovidas por el Servicio Vasco de Salud, etc. Y el resto ha pedido asociarse tras asistir a alguna de las actividades que la Asociación como tal, o alguno de sus miembros, ha realizado.

■ *¿Qué objetivos os planteáis dentro de la Asociación? ¿Difieren de los objetivos iniciales que os marcásteis al constituíros?*

Sustancialmente no difieren, pero lo que sí se produce con el paso del tiempo y de los acontecimientos es que los objetivos se definen mejor y se matizan más, ya que la relevancia de los mismos en cada momento puede ser distinta.

Una de nuestras pretensiones está más o menos expresada así en el preámbulo de los estatutos fundacionales: la Asociación de Bioética Fundamental

La bioética debe ser un modo en la búsqueda de la calidad, en la búsqueda de la excelencia en nuestras profesiones sanitarias, en la ética de lo cotidiano, debe convertirse en un nuevo modo de hacer



El Dr. Manuel de los Reyes preside la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica.

y Clínica quiere adquirir el compromiso con toda la sociedad española de ofrecer una reflexión y un debate rigurosos sobre los conflictos bioéticos actuales, y tratará de ser un lugar de encuentro pluridisciplinar donde tengan cabida el discernimiento crítico, el consenso social o el disenso racional. Hasta ahora el espíritu que la anima va en esa línea, pero el camino no está exento de dificultades.

Esta razón de ser de nuestra Asociación intenta aunar voluntades de profesionales de muy diversas áreas: medicina, enfermería, derecho, filosofía, psicología, biología, teología moral, sociología, economía de la salud, teoría política, trabajo social, etc., que despliegan sus actividades en los ámbitos de la asistencia sanitaria, la docencia, la investigación clínica o básica y la gestión.

■ ***Una Asociación como ésta y el desarrollo de la misma supone unas necesidades económicas. ¿Cómo os financiáis? ¿Tenéis patrocinadores tales como laboratorios farmacéuticos interesados en financiar actividades de este tipo, algún tipo de subvención oficial...? Apoyos que pueden ser interesantes pero que, a la vez, pueden plantear interrogantes por aquello de «quien paga, manda».***

A lo mejor sorprende un poco la simplicidad de nuestro planteamiento económico, al menos hasta

ahora. De hecho, por el momento se financia exclusivamente con las cuotas de los socios, que son siete mil pesetas anuales y que no se han incrementado desde hace cinco años. De este montón sale el boletín interno y todos los gastos de organización, actividades y publicaciones editadas. El único ingreso aparte es el obtenido de las inscripciones al Congreso anual de la Asociación.

El riesgo de toda asociación es que empiece a burocratizarse

No hay financiación prefijada y continua de ninguna empresa farmacéutica. Hemos recibido, no obstante, dos ayudas: de la Comunidad de Madrid el año 1996, con motivo del I Congreso, para editar una publicación; y en 1999, con ocasión del III Congreso Nacional, del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Quiero resaltar que la única ayuda concreta de una empresa farmacéutica ha sido la aportada por Zéneca-Farma. Hemos solicitado la colaboración, a más de una veintena de empresas, para la financiación de publicaciones, organización de reuniones, etc.

Ciertamente me sorprendieron algunas preguntas de la índole «pero, ¿ésto de la Bioética, qué vende?». En contraposición a esta postura tengo que decir que me asombró favorablemente la disponibilidad de la entidad antes citada, que tiene una línea de publicaciones sobre aspectos diversos de ética de la investigación, en el sentido de que ellos consideraban un privilegio el hecho de podernos ayudar en la difusión de los libros o en la impresión de los volúmenes emanados de los Congresos.

A lo mejor, por utilizar un lenguaje de mercado, no hemos sabido «vender bien el producto», rentabilizarlo en términos de valores «intangibles» pero imprescindibles en el quehacer de nuestras profesiones sanitarias. Pero también sabemos de empresas de la industria farmacéutica y de tecnología que están apoyando iniciativas de envergadura en el ámbito del derecho sanitario, en fundaciones, etc., lo cual no me parece mal, pero yo constato estas paradojas.

Pienso que en este tema de la financiación de iniciativas en el campo de la Bioética hace falta más reflexión. Hasta donde conozco, un ejemplo de implicación fuerte, apuesta clara por la Bioética y resultados prácticos, se desarrolla desde la Fundación de Ciencias de la Salud; ésta es una entidad privada que ha creado un Instituto de Bioética cuyos frutos e influencia empiezan a notarse en la sociedad española. Es ingenuo, y puede resultar pernicioso a la larga, pensar que no hay que invertir en formación de los profesionales en esta materia, en apoyar proyectos de investigación sobre dicha temática o en generar foros de discusión acerca de cuestiones ético-sanitarias conflictivas debidas a la confrontación de valores. Existen centros prestigiosos de Bioética en otros países que se financian con patrocinadores o benefactores, hay transparencia en sus cuentas y el resultado final es muy provechoso socialmente. Un apunte más, si me permites: como clínico en ejercicio, sé lo que es y lo que cuesta la organización de determinadas reuniones científicas y congresos con patrocinadores, pero también sé el esfuerzo de organizar algo digno y de calidad sobre Bioética cuando apenas hay ayudas.

■ **Hoy día parece que existe un boom de la reflexión bioética. Digamos que viste, que está al día. ¿Qué causas originan esta moda, si realmente existe? Y si es así, ¿qué posibilidades y, a la vez, qué hipotecas abre el que sea un tema de moda?**

Son varias preguntas las que me planteas, a las que voy a añadir en voz alta algunos interrogantes más que ya he reflejado con anterioridad en un escrito. Y es que desde hace algún tiempo, ante la proliferación de opiniones, conferencias, artículos y libros, cursos,

reuniones y congresos de Bioética en España, una serie de cuestiones suscitan mi preocupación: por ejemplo, ¿es verdad que hay más sensibilidad en nuestra sociedad por los temas de Bioética?; ¿hay mayores conflictos actualmente en el campo sanitario que pueden analizarse y resolverse desde la Bioética?; ¿es real y generalizado el interés por la Bioética en los ámbitos docente y asistencial?; ¿desde qué sistemas éticos se está fundamentando, con qué presupuestos morales y cuáles son los objetivos y fines de cada sector partícipe en la Bioética en nuestro país?

Considero que se ha renovado el modo de entenderse la profesión sanitaria

Estas cuestiones son muy serias. Es cierto que las cosas y las ideas pueden tender a convertirse en modas, y la Bioética pudiera a empezar a verse como una especie de moda. Yo no considero que sea una moda, sino un modo de hacer y un talante para replantearnos el quehacer cotidiano en nuestras profesiones sanitarias. Más que moda debe ser un modelo para buscar la calidad, la excelencia en nuestro trabajo, en la ética profesional del día a día. La ética, en tanto que educación en los valores, no es cuestión de modas, sino de actualidad permanente y la necesidad más imperiosa de nuestra sociedad civil. Y a la vista del panorama en derredor, tan confuso a veces, mi temor es que se pueda generar hastío o rechazo ante lo que vislumbro y he llamado con humor, cierta plétora de *bioeticismo*.

■ **Por lo que acabas de decir, ¿crees que podríamos llegar a sufrir la invasión de los biócratas, como se temía en algunos sectores médicos?**

El neologismo *biócrata* no deja de ser duro, e incluso pudiera ser hasta insultante. Algo de lo que dices ya lo expresé antes. Espero que no se piense de las personas sincera y honestamente interesadas por la Bioética, como en una saga de iluminados o en una estirpe elegida en posesión de la verdad, con mayúsculas; nada más lejos de la realidad. Me preocuparía mucho que así ocurriera, por lo que entraña de ignorancia, de falsedad y por los efectos negativos que acarrearía. Como pasa siempre en todas las organizaciones, y los grupos dedicados a la Bioética no constituyen una excepción, hay etapas iniciales de un gran voluntarismo; poco a poco, según adquieren complejidad y aumentan el número de sus miembros,

se entra en una fase más burocrática, pero esto no necesariamente tiene que ser peyorativo.

Si a lo que te refieres es al peligro de que algunas personas se conviertan en los neopredicadores de cierta moral profesional, o de que otras pretendan monopolizar con su discurso el debate ético, sí es un riesgo. Pero la sociedad civil va adquiriendo madurez suficiente para distinguirlos, y los profesionales sanitarios sabrán separar al final el grano de la paja, la obra de calidad de los fuegos fatuos, quién abre caminos de participación y deliberación desde la pluralidad argumental y quién no lo hace. Al menos en lo que a mí respecta, al frente de la Asociación que tengo el honor de presidir, deseo que no haya confusiones: prefiero grandes profesionales, muy comprometidos en su ámbito específico, con sensibilidad y aptitudes para analizar los conflictos bioéticos y que traten de dar respuestas o abran vías al diálogo; y puedo afirmar que de éstos conozco bastantes y, además, son excelentes personas.

■ *¿Crees, ciertamente, que la Bioética podría convertirse en un refugio para personas que en sus respectivas profesiones no hubiesen tenido unas claras posibilidades de acceder a un brillante curriculum?*

Espero y deseo que no ocurra así. Si lo que pretendemos es buscar la excelencia en la ética de lo cotidiano y mejorar la calidad de nuestro quehacer profesional, lo que no puede tener cabida es, por así decirlo, la elevación de la mediocridad basada en la ambición o el arribismo. Creo que la Bioética no debe ser el refugio de los diletantes, de la incompetencia profesional, de las personas con claros desequilibrios psicoemocionales, o de los que pretendan dirimir allí sus desavenencias profesionales o laborales. Pienso que estos individuos no estarían capacitados para tomar decisiones importantes sobre los conflictos éticos en el mundo sanitario. Si ocurriera lo contrario las cosas no irían bien y se pervertiría el sentido de nuestra apuesta por la Bioética, pues no se actuaría sensatamente ni con una mínima decencia.

Hay que ir ofreciendo y dando oportunidades para analizar los problemas, los conflictos sanitarios o el análisis de los casos difíciles o relevantes

■ *Y tus colegas médicos, o mejor dicho, todos los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras,...) que tienen una determinada deontología profesional, ¿cómo se sitúan ante esta avalancha de la Bioética? ¿En qué medida sienten invadida su deontología aquéllos que tal vez la tenían bien asumida, con la llegada de profesionales que vienen hablando de Bioética y quizás de temas que ellos ya saben? ¿Consideran que vuestra intervención es un aporte o, por el contrario, creen que sois unos arribistas?*

Te voy a hablar desde mi condición de médico clínico, de persona comprometida en el día a día con la asistencia, aunque reitere cosas que ya se han dicho antes. Ante todo, no sé muy bien qué es eso de «tener una determinada deontología profesional». Creo que no se puede ni se debe generalizar, porque tanto el concepto actual de lo que es ser médico y lo que implica, como las situaciones y los problemas que afectan a la medicina, no se entienden del mismo modo por todos los miembros del colectivo profesional. Y lo que es más importante, quizá tampoco se perciban de manera semejante por todos, cuáles deban ser los principios y reglas éticas que debieran guiar la conducta del médico.

Aclarada esta premisa, nos podemos encontrar con algunos colegas que afirman que «cada cual tiene su ética y nadie tiene que enseñarle a uno cómo proceder». Yo considero que en estos momentos de desmoralización profesional, es decir, de pérdida o sustitución de determinados valores relevantes de las profesiones sanitarias, lo peor es plantearlo desde esa actitud un poco soberbia de subjetivismo moral, porque se niega la posibilidad hasta de cambiar de actitud. Por otro lado, hay quienes piensan que no tienen necesidad de cultivar otras materias -de las llamadas humanidades médicas, entre las que se encontraría la Bioética- porque «hoy día lo único válido son los hechos biológicos científicamente demostrados»; es decir, la medicina basada en cierto positivismo científico, olvidando que un aspecto muy importante de la relación clínica es el manejo de los valores (no sólo de los hechos) de todas las personas involucradas. Yo creo que ambas actitudes se dan por desconocimiento, no por mala fe; de ahí el motivo de que exista cierta prevención por su parte ante la Bioética, cuando no rechazo, ya que la observan con una lente desenfocada, con prejuicios. Sin embargo, no descarto que alguna vez la animadversión esté dirigida no contra la Bioética sino hacia determinadas personas, bioeticistas en ciernes, que quieran imponer doctrina en vez de fomentar el debate participativo y la pluralidad de ideas.

Si se plantea la Bioética como lo que es, una ética aplicada, se ve entonces como una ayuda, como un

modo de hacer que orienta en la toma de decisiones ante los conflictos éticos que plantean las ciencias sociosanitarias. De esta manera, ciertos miedos y algunas actitudes hostiles se atemperan.

■ *¿Y qué tienes que decir respecto al papel de la enfermería?. ¿Crees que en nuestra cultura asistencial está excesivamente subordinada al papel del médico?. ¿No habrá encontrado su fórmula en el trabajo interdisciplinar desde el que poder hablar por fin de tú a tú con el médico?*

Me interesan mucho los temas de la enfermería que planteas, por la sencilla razón de que estoy muy acostumbrado a trabajar en equipo con dichos profesionales. Creo que la enfermería ha cambiado y revalorizado su concepto de la profesión. Las

Creo que la enfermería también ha cambiado y ha revalorizado su rol profesional. No pueden convertirse en meras personas que obedecen las órdenes médicas

enfermeras y los enfermeros no son meros ejecutantes de las órdenes médicas, según mi parecer. Pienso que son sujetos autónomos con capacidad para tomar decisiones, sobre todo en algunas áreas, y cuyo objetivo principal es estar al servicio del bienestar del paciente. La enfermería, al menos en mi experiencia, tiene conocimientos, sensibilidad y madurez de juicio para discrepar respecto de ciertos enfoques médicos en algunas situaciones clínicas controvertidas. Otra cuestión es cómo se haga, en qué ámbito de discusión y cómo se perciba el comentario o la crítica por parte del médico.

La enfermería ha sido educada en la ética del cuidado a los enfermos. Esa ética del cuidado hay que recuperarla para la propia medicina, para nuestra profesión de médicos, en vez de polarizar casi todo hacia la curación. Los médicos generalmente no hemos sido instruidos en que lo más importante de nuestro trabajo es el alivio del sufrimiento humano, sobre todo cuando el curar ya no es posible. Pienso que la enfermería es más consciente de ello, y por eso encuentra una recompensa anímica o cierta satisfacción al descubrir la esencia correcta de su profesión. Si la Bioética se

aborda desde una perspectiva pluridisciplinar, se descubren enormes posibilidades de diálogo entre dos profesiones que tienen muchos puntos de encuentro, un lenguaje similar y el mismo sujeto de su quehacer: el enfermo, paciente o usuario.

■ *Uno de los problemas que se perciben en el mundo de la salud es la pérdida en la relación de confianza mutua entre el médico y el enfermo. ¿Crees que la reflexión bioética puede ayudar a restablecer o, al menos, paliar esta ruptura? ¿Podría, asimismo, ayudar a paliar la judicialización de la medicina?*

Antes de nada, habrá que ver si los cambios que se aprecian en el mundo de la salud no son sino el reflejo de los cambios profundos acaecidos en la sociedad civil española a lo largo del último cuarto de siglo. Yo creo que la adopción de diferentes conductas y modos de comportamiento, con gran pluralidad ideológica, moral y de costumbres, son debidos a una modificación de la jerarquía de valores individual o colectiva, e incluso a una verdadera crisis de ciertos valores que antaño se consideraban inmutables.

Volviendo a nuestro mundo sanitario, quizá convenga analizar con algún detalle qué ha ocurrido y porqué. En primer lugar ha cambiado el concepto de la profesión de médico, pues ya no se puede concebir el ejercicio profesional como si se tratara del desempeño de un rol sacerdotal. Esto no supone orillar la enorme responsabilidad que comporta, sobre todo desde una elevada ética del deber. Pero además ha habido grandes cambios en la propia relación clínica. De hecho, entre los profesionales sanitarios que atienden a los pacientes no sólo hay médicos, sino también personal de enfermería, psicólogos o trabajadores sociales. Incluso en la denominación de los individuos a quienes se presta atención hay toda una semiología del lenguaje: enfermos, pacientes, usuarios, clientes, consumidores, y acaso alguna más. Sin olvidar el papel que juega la familia o los allegados en torno al proceso del enfermar o en la modificación de los hábitos de vida. En suma, que en la relación clínica intervienen actualmente varios elementos, si bien una parcela crucial e ineludible la constituye la relación interpersonal médico-paciente.

En segundo término, han cambiado los valores sociales imperantes, como ya decía antes, las actitudes y los comportamientos de los ciudadanos. Ha emergido con enorme fuerza la reivindicación de los derechos de las personas, de los pacientes, su autonomía para tomar decisiones sobre sí mismas en los momentos de salud, de enfermedad o ante posibles intervenciones en su cuerpo. Esto ha hecho que la profesión médica tenga que replantearse determinada actitud de paternalismo



El Dr. De los Reyes quiere que la Asociación integre a todos aquellos profesionales que de alguna manera entran en relación con conflictos en el mundo bio-sanitario, y que están implicados en el mundo de la asistencia clínica, de la docencia, de la investigación clínica o de la gestión.

y la toma de decisiones sin contar con el otro, sin tener en cuenta los deseos y las preferencias del paciente, sus proyectos de vida, perfección o felicidad.

¿Cómo se están viviendo por ambas partes, médicos y pacientes, estas transformaciones? Creo que no exentas de tensiones. Es cierto que quizás se haya quebrado un poco ese clima de confianza personal y de gran dependencia por parte del paciente, en la tradicional relación médico-enfermo. Y que lamentablemente muchos médicos no se hayan percatado aún de que el proceso de emancipación de los individuos, es decir, el reconocimiento de su autonomía moral y el ejercitar su voluntad son logros de la modernidad y, además, son irreversibles. Pero a mí me preocupa que se pretendan adoptar en nuestro país, abruptamente, modelos conductuales distantes de nuestra tradición sociocultural; por ejemplo, exagerados planteamientos autonomistas por los pacientes, más propios del ámbito anglosajón que de nuestras raíces latinas. Lo podemos aclarar con un ejemplo muy actual. Aproximadamente dos tercios del total de las demandas a los médicos por presunta mala práctica tienen su origen en problemas derivados de una mala comunicación: información deficiente, por escasa, sesgada o inadecuada a su situación clínica; relación interpersonal insatisfactoria, sin siquiera llegar al maltrato, por desatención elemental, etc. Esto nos dice que ante tan llamativas carencias en el plano intercomunicativo son previsibles

las quejas; pero también nos orienta por dónde es imprescindible mejorar.

La práctica clínica tiene que recuperar la base sobre la que se sustenta: la relación de confianza; porque no hay confianza sin secreto, ni secreto sin confianza, y estos ingredientes son las claves del pacto amistoso médico-paciente. Tiene que quedar meridianamente claro que el núcleo del quehacer médico es el servicio al paciente, a la persona que demanda asistencia. Estoy convencido de que la Bioética puede resolver conflictos, conciliar posturas enfrentadas y, probablemente, reeducar en los nuevos valores surgidos en el ámbito sociosanitario. Otro problema es cómo se lleva esto a cabo, pues es muy difícil realizar cambios culturales radicales de la noche a la mañana.

Otro aspecto sobre el que me preguntabas era la llamada *judicialización* de la medicina. Hoy día es

La Bioética no puede ser una religión, no es deontología profesional y no es similar al bioderecho

posible que la quiebra de la relación de confianza entre el médico y el paciente pudiera acabar, con o sin la existencia de daño, en la interposición de una demanda judicial por parte de este último. La tendencia peligrosa en el estamento médico es que se llegue, por temor a la denuncia potencial, a la práctica de una medicina a la defensiva. Con esto quiero expresar varias cosas: por un lado, que se instaure una sensación de litigio prematuro, aún sin existir éste; y por otro, que se

Hay que recuperar lo nuclear de la relación clínica que es la confianza y, basándose en esa confianza, entenderemos mejor lo que es el desarrollo de la autonomía de la persona

realice un exceso de pruebas con fines diagnósticos para aminorar posibles errores. Se pudiera pensar, equivocadamente sin duda, que obrando así se podría lograr la exoneración de responsabilidad al realizar actos clínicos, pero eso no se ajusta a la realidad. Es más, actuar de esa manera, a mi entender tan ineficiente e injusta, es mala práctica clínica.

Hay responsabilidades éticas y responsabilidades jurídicas en la práctica médica; las primeras son previas a las segundas, pero ambas son irrenunciables, y la Bioética puede delimitar los campos respectivos. Por tanto, creo que tiene un riesgo enorme el pretender que se pueden resolver todos los conflictos sanitarios por la vía del derecho positivo. Tendría que haber instancias de mediación, no sé muy bien cuáles debieran ser, para evitar que muchos problemas sanitarios se enquisten y se conviertan en asuntos de índole judicial. A lo mejor, los Comités de Ética Asistencial pudieran jugar un papel en esta cuestión. Estoy convencido de que esta creciente *judicialización* del mundo sanitario produce insatisfacción en todos los ambientes: en los médicos, cuando se sienten prejuzgados al desarrollar con honestidad su trabajo; en los jueces, por la complejidad de las situaciones y la difícil ponderación de los variados intereses en liza; y en la administración sanitaria, por las repercusiones económicas, laborales y relacionales que acarrea. Desgraciadamente también habrá alguien que aproveche estos conflictos para el lucro personal,

con pocos escrúpulos hacia los problemas reales o las desgracias ajenas.

■ *De la mano de la Bioética aparecen en los medios de comunicación asuntos como el de Karen Quinlan, el de la mujer que pide el esperma de su marido muerto, la posible clonación de seres humanos... Problemas todos ellos interesantes, pero que no constituyen el día a día del enfermo, del paciente que tiene que aguantar listas de espera, al que le dan visita al cabo de dos meses, del que quiere reclamar y no puede, que quiere hablar con su médico acerca del tratamiento y no lo consigue, etc, ¿La Bioética nos está ayudando a reflexionar sobre ese día a día o se nos puede convertir o se nos está convirtiendo en un debate de salón para entendidos?*

Los casos que has puesto como ejemplos son importantes porque atañen a conflictos éticos planteados en los confines de la vida, ya sea en el final o en sus comienzos. Pero además son relevantes porque han dado lugar a intensos debates públicos entre todas las partes implicadas y a sentencias judiciales, que en algunos casos han contribuido a modificar la legislación establecida y en otros ha establecer nuevas pautas de actuación clínica ante situaciones similares. Por tanto, desde los puntos de vista teórico y práctico, su trascendencia ha sido grande.

Coincido contigo en que la gran mayoría de los conflictos éticos de la clínica cotidiana tienen poco que ver con la excepcionalidad de los casos anteriores. La Bioética, desde luego, no es sólo la ética de los casos excepcionales, de lo que a veces llama la atención de los medios de comunicación por su rareza o por el morbo que destilan. De hecho, las situaciones que describes a continuación se enmarcan dentro de la ética de la relación asistencial.

Te diré, que en las encuestas de salud los pacientes, usuarios o consumidores no afirman que se les trate técnicamente mal, sino que se ha perdido esa sensibilidad para el trato personal humanizado. La causa fundamental se atribuye a deficiencias en el proceso de comunicación interpersonal y a la información que reciben. Esto es importante y debe hacernos reflexionar a todos, profesionales y gestores del sistema sanitario. Y eso quiere decir, que entre los objetivos del sistema sanitario se debe contemplar como prioridad la mejora en el trato y en los cuidados con el fin de incrementar la calidad. La calidad de la asistencia tiene que ver con la calidad de las relaciones humanas; y la satisfacción del usuario depende de las expectativas previas que tiene y de la percepción

subjetiva de los servicios que recibe. Es exigible, por tanto, una nueva cultura que realce los valores humanizadores de la asistencia clínica, e imbuir estas consideraciones en los programas de formación de los médicos y enfermeros, tanto en el pregrado como en el postgrado. Creo que estos puntos los tiene muy presentes la Bioética clínica, y no pocos cambios de actitud personal e incluso de estrategias de búsqueda de calidad desde la administración se deben a ella.

■ ***Tuve ocasión de participar en el último Congreso de vuestra Asociación en La Coruña, en donde escuché el planteamiento del Profesor Diego Gracia de que habría que ir pensando, desde la Bioética, en ir poniendo mayor acento en la reflexión sobre los fines –qué entendemos por salud, qué tipo de salud queremos...– más que sobre los medios. La de los medios ha sido una discusión lógica y normal en una época de tanto avance tecnológico. ¿Te sumarías a esta propuesta de reflexión sobre fines, sobre el fondo de las cuestiones?***

Cuando solicitamos al Profesor Diego Gracia que nos diera la conferencia de clausura del reciente III Congreso Nacional de nuestra Asociación, sabíamos bien lo que le pedíamos. El título era bien expresivo: «Los fines de la Medicina en el umbral del siglo XXI»; sin embargo, su reflexión fue más allá de la medicina. Expuso lo que, a su juicio, son cambios que se avecinan: en los roles de las profesiones sanitarias, que deberán establecer cuáles son sus deberes mínimos y máximos; y en los pacientes o usuarios, que ya definen sus necesidades y hasta sus conceptos de salud y de calidad de vida. Apuntó que hasta ahora todo el peso argumental, desde el emotivismo o desde el utilitarismo, ha recaído sobre los medios (para llevar a cabo esto o lo otro, para cumplir ciertos objetivos, para conquistar mercado u opinión, etc), ya que los fines, sus fines, los impone cada grupo dominante de la sociedad. Propuso que los fines deben surgir de un proceso de deliberación entre todas las partes implicadas, que pueden ser emotivos pero controlados por la razón. Que la participación de amplios sectores de la sociedad civil debe lograrse a partir del debate público, y que los grandes problemas de la llamada *globalización* serán los de justicia social. Y sus tesis no deben ir muy descaminadas, porque ya empiezan a surgir documentos que enfocan los problemas de manera parecida a lo que él planteó. Un ejemplo es el importante informe publicado en 1996 por el prestigioso Hastings Center, probablemente el centro de Bioética más relevante del mundo, sobre los fines de la medicina, en el que Diego Gracia colaboró.

■ ***Este debate, indudablemente, va mucho más allá del mundo de la Bioética, es un debate social. Y en el contexto social, una de las voces importantes es la voz de la Iglesia. Tú, que eres creyente y practicante, y además implicado en lo que es tu fe en el día a día y en tu trabajo profesional, ¿cuál crees que es el papel que hasta ahora ha desempeñado la Iglesia católica y cuál es el que estaría llamada a desempeñar?***

Qué duda cabe que este debate lo tiene que protagonizar la sociedad civil. La sociedad española tiene un trasfondo de tradición católica, aunque no sea un Estado confesional, pero hoy día es una sociedad pluricreencial. Y antes de entrar de lleno en el papel que ha tenido y puede tener la Iglesia católica en el debate social, quiero hacer algunas consideraciones para aclarar desde dónde y por qué opino así.

En primer lugar quiero recordar que aunque la Bioética se ha desarrollado como disciplina secular, las corrientes iniciales y los precursores más importantes procedían del campo de la teología católica o protestante. En nuestro II Congreso Nacional recordaba Francesc Abel, que vivió esos albores hace treinta años durante su etapa de formación en los EE.UU., que la preocupación desde los comienzos era establecer un diálogo interdisciplinar como metodología de trabajo. Pero ese diálogo bioético, nos insistió, tenía que reunir condiciones exigentes: competencia profesional de los interlocutores, respeto hacia el otro, actitud tolerante, fidelidad a los propios valores, escucha, recíproca, humildad, convicción de que nadie puede arrogarse el derecho a la verdad absoluta, receptividad para aceptar el cuestionamiento de las propias posturas y razonabilidad en la argumentación. En suma, todo un compendio de educación cívica, de reeducación en los valores que en modo alguno ha prescrito y que conserva la perentoriedad de su aplicación.

En España, las personas interesadas y preocupadas por la Bioética deberían reconocer la influencia positiva de ciertos teólogos y moralistas católicos, impulsores del acercamiento multidisciplinario y pluralista para abordar los aspectos éticos de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud. Yo no me resisto a nombrarlos, so pena de olvidar a alguien, pues me honro con la amistad de algunos y a todos les estoy reconocido en los planos vital e intelectual: Marciano Vidal, Javier Gafo, el ya citado Francesc Abel, Javier Elizari, José Román Flecha, Eduardo López Azpitarte. Ellos han hecho mucho, y lo siguen haciendo, por la Bioética en nuestro país. Pero al analizar el panorama actual de la Bioética en España, también observo algunas pretensiones de monopolio de moral única desde ciertos grupos sociales o ámbitos eclesiales; y de

la confrontación en la interpretación de las visiones, a veces más pasional que racional, pueden surgir tensiones más disgregadoras que creadoras.

En mi opinión, la Bioética no se puede identificar con la religión. Pero tampoco seamos ilusos de pensar que el diálogo es completo si se convierte en una especie de *esperanto moral* que olvide las creencias. La Bioética no puede reducirse a una simple *estética del método* de análisis de los conflictos. Pero el discurso moral, desde algunos sectores, se ha convertido en ocasiones en una *patética moral*. Asumiendo el pensamiento y el agudo sentir de mi admirada profesora Adela Cortina, creo que la Bioética no es moralina circunstancial, sino quehacer ético estructural y moral vivida; como una

En estos momentos, así como la bioética no puede ser una estética de métodos tampoco puede ser una patética moral del lamento o de las moralinas circunstanciales

ética civil que es, no sólo constituye materia de conocimiento sino talante. El problema crucial que se presenta hoy día es que existen diversos modos de búsqueda de la verdad en una sociedad con pluralidad de valores y hay, además, distintas maneras de concebir y calificar ese proceso. Y para remover más el caldo, aparecen no pocas áreas de solapamiento de la bioética con la deontología profesional y con el bioderecho. Por eso, como afirma un amigo con sentido del humor: en estos momentos hay cierta *ensalada epistemológica*, con un inadecuado aliño para ser digerida, añado yo.

Por las razones apuntadas antes, pienso que uno de los terrenos donde debe producirse una profunda y amplia reflexión es el abarcado entre la bioética secular y la ética cristiana. Hemos de descubrir la relación entre ambas, sus diferencias, similitudes y puntos de encuentro. Tan malos son los sectarismos ideológicos, como los laicistas o los confesionales. El dogmatismo, venga de donde sea, conduce a la intolerancia y a fundamentalismos enquistados. Es muy importante conocer cuáles son las aportaciones específicas de la ética cristiana al debate de la bioética civil en sus diversos ámbitos: de la fundamentación, de los principios, de la metodología, de la sensibilidad y opciones preferenciales, de la moral de los casos concretos.

Frente a un lenguaje eclesial a veces excesivamente dogmático, naturalista y autoritario, deben considerarse más los avances científicos en su complejidad, lo que es materia opinable y lo que debieran considerarse planteamientos de *ética mínima*. Se viven con sufrimiento personal determinadas interpretaciones morales en clave rigorista y excluyente, omitiendo la aplicación pastoral y la actuación en conciencia y libertad de los afectados. Las religiones son *éticas de máximos*, no hay que olvidarlo. Si una ética civil debe lograr la convivencia, buscar acuerdos racionales y razonables, ejercer el disenso argumentado y velar subsidiariamente por los que no pueden hacer oír su voz ni reclamar sus derechos, una ética cristiana tiene que asumir de partida todos estos presupuestos. Pero además tendrá otros deberes morales muy elevados: definir las peculiaridades de su mensaje salvífico y propagarlo, interpelar con el gesto profético si cabe, proponer modelos de vida personal y comunitaria en aras de la felicidad, perfección o santidad, y delimitar con claridad lo que es prohibición de lo que debiera ser exhortación. Nada más, pero tampoco menos.

No quiero concluir esta reflexión sin destacar aquí el testimonio que he comprobado y compartido tantas veces. En nuestra Iglesia española es ejemplar la entrega, el carisma y la dedicación de no pocas religiosas, religiosos y sacerdotes al mundo de la salud y la enfermedad. Sean jesuítas, hermanos de San Juan de Dios, camilos, redentoristas, hermanas de la caridad u hospitalarias, etc, etc, todos ellos realizan una enorme tarea por los más desfavorecidos de la sociedad, por los sujetos que, en burda terminología, ya *no son productivos*. Pues bien, a ellos y ellas todo lo antedicho les ayudaría en su compromiso y, a lo mejor, en su tremenda soledad y en su disciplinada obediencia.

■ **Entremos ahora de lleno en el documento sobre la Educación en Bioética, que habéis elaborado desde la Asociación y que acabáis de publicar. ¿Por qué se decide trabajar este tema?**

La inquietud por esta cuestión viene de hace tiempo y transcurre en paralelo con el propio desarrollo de nuestra Asociación. Pero fue en mayo de 1997 cuando la Junta Directiva decidió impulsar la creación de un grupo de trabajo sobre este tema.

Los motivos iniciales, tras ojear el panorama de la Bioética en España, parecían claros. Constatábamos la expedición de variadas titulaciones de *master* y experto en Bioética por diversas instituciones académicas, sanitarias o profesionales, de carácter público o privado; y ante esta profusión, nos preguntábamos si no sería necesario, e incluso urgente, incorporar en el pregrado y el posgrado de las Facultades de Medicina, Escuelas de Enfermería y otras áreas docentes la

materia Bioética. Pero aún teníamos más interrogantes: ¿podría existir oportunismo, afán de notoriedad o de protagonismo en la enseñanza de la Bioética por parte de algunos grupos o personas?; ¿hay homogeneidad en los contenidos y en la metodología didáctica de los diversos programas de formación en Bioética?; ¿cuál es el perfil profesional de los docentes actuales, en cuanto a conocimientos, experiencia y talante en los temas de Bioética?

Estas preguntas no debían caer en saco roto pues nos preocupaba entonces, y también ahora, qué garantías de calidad se dan en el campo de la formación en Bioética en nuestro país. Nos alarmaba más aún, que el proceso de reforma de los planes de estudios universitarios no contemplara adecuadamente la Bioética en el currículo formativo del pregrado de los profesionales sanitarios. De ahí que en el grupo de trabajo que se creó hubiera personas representativas de los estamentos docente y asistencial, así como de las áreas de investigación clínica y de gestión; y en cuanto a las profesiones, aunque predominaban de la medicina y la enfermería, no estaban ausentes otros campos del conocimiento interesados por la Bioética.

Durante año y medio se trabajó muy duro, con una buena coordinación y mucho esfuerzo, sobre sucesivos borradores; se aportaron abundantes sugerencias y críticas y hubo vivos debates internos que buscaban el acuerdo posible o el disenso razonado. La propuesta final, sistemática y metódica, se envió a un conjunto de consultores de reconocido prestigio en el campo de la Bioética o en materias afines a ella. Después de las observaciones de éstos, y de su aval, se presentó para su aprobación por los miembros de la Asociación en nuestro III Congreso Nacional de marzo de 1999. Desde entonces, el documento «La educación en Bioética de los profesionales sanitarios en España. Una propuesta de organización» se ha difundido por amplios sectores de la sanidad y de la educación de nuestro país. Nos consta que ha sido muy bien recibido por los estamentos docentes de las Facultades de Medicina y de las Escuelas de Enfermería, así como en la Comisión Nacional de Especialidades. Otra cosa es que pronto veamos plasmados sus contenidos en los planes de estudios o en los programas de formación continuada.

Si antes hablábamos de polarizar nuestra atención hacia los fines, este documento es un fiel ejemplo de ello. Hemos concebido la educación en Bioética como un empeño compartido e ilusionante para mejorar la calidad de nuestro quehacer como profesionales sanitarios, como ciudadanos responsables de una sociedad pluricreencial que debiera caminar hacia el logro de la excelencia en la ética de lo cotidiano. Recuerdo que este trabajo es un servicio a un país concreto, España, cuyos

contextos académico, administrativo, político e incluso sociocultural pueden diferir de otros pueblos e incluso dentro de nuestra propia nación. Pero además de descubrir los fines se ofrecen los medios en forma de propuestas abiertas al debate público, sin pretensiones de adoctrinamiento o exclusión de otras ofertas. Tras esta primera fase ya se ha iniciado la segunda, donde se analizarán y desarrollarán pormenorizadamente todos los módulos didácticos y se intentará adaptarlos a los diferentes niveles formativos que hemos previsto.

■ *En nuestra sociedad muchos pensadores han detectado la falta de formación humanística en los profesionales de la salud que están saliendo de la universidad en estos momentos. Quizás junto a la buena formación técnica, que nadie discute, se observa una insuficiente formación humanística: faltan conceptos básicos de antropología, filosofía, historia... ¿A qué se debe este vacío?*

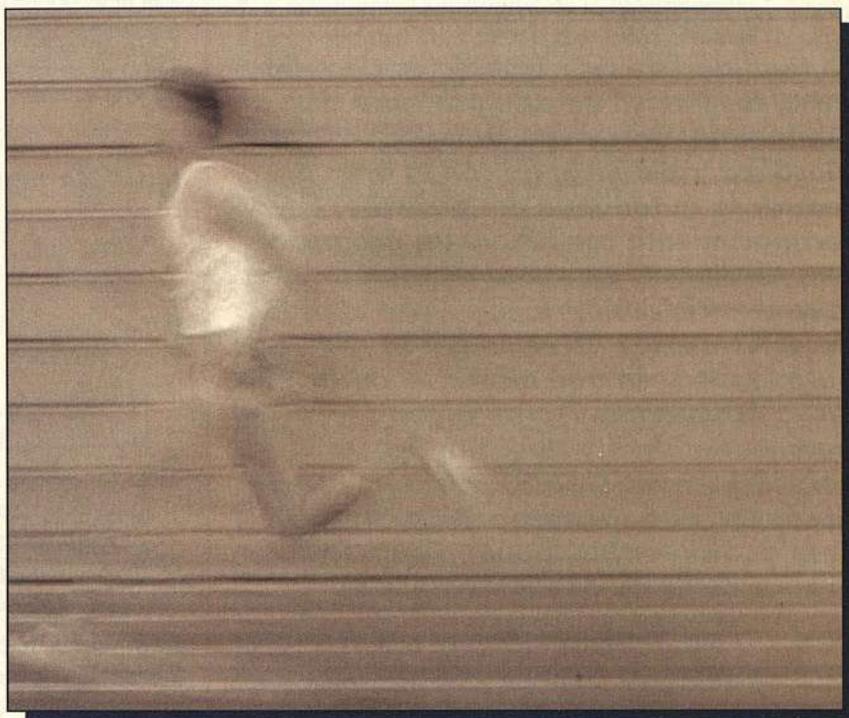
El problema es más complejo de lo que parece y tiene muchas facetas. En primer lugar hay que ver cuál es el nivel cultural con el que llegan a la universidad los jóvenes, porque a lo mejor el vacío formativo hay que empezar a buscarlo en las etapas previas. En segundo término, es verdad que en el diseño de los planes de estudio hay un sesgo buscado favorable a las disciplinas científico-técnicas. Esto en sí no es perjudicial, si se pretendiera también la inclusión de otras materias de las llamadas «humanidades»: antropología de la enfermedad, sociología de la salud, economía sanitaria, bioética, documentación sanitaria, etc. Pero no tengo tan claro que exista esta preocupación en los claustros académicos y que, además, se perciba como necesidad. Mientras esto no ocurra, ese vacío formativo del pregrado seguirá existiendo; y lo que es más grave, estas carencias en la educación integral de las personas pueden repercutir en el futuro en el recto proceder de dichos profesionales. No nos extrañemos entonces de la existencia de algunos conflictos o de ciertas posturas que hemos constatado ya a lo largo de esta entrevista. Creo, sin embargo, que los profesionales con sensibilidad para estos temas tratan de buscar en el posgrado la formación que no tuvieron antes, y eso puede compensar algo.

¡Ojalá se incorporara la Bioética en el pregrado y el posgrado de las Facultades de Medicina, e incluso en el programa de formación de médicos residentes! Parece una utopía, pero cosas más difíciles se han logrado, y yo tengo la esperanza de que esto ocurra.

Hno. Miguel Martín Rodrigo

Los límites del principio de autonomía. Consideraciones filosóficas y bioéticas

DR. FRANCESC TORRALBA
ROSELLÓ
Institut Borja de Bioètica



La autonomía, junto con el principio de beneficencia, de no-maleficencia y de justicia, constituye un principio fundamental en la bioética clínica desde sus inicios. Sin embargo, la afirmación de la autonomía del paciente, considerado como agente moral, no debe comprenderse de forma excluyente y menos aún de forma absolutista, sino que la autonomía humana –y también la del paciente– debe contemplarse desde su radical vulnerabilidad y dinamicidad. La autonomía del ser humano no es ilimitada, sino concreta y dinámica, esto es, experimenta distintos grados y registros de desarrollo¹.

1. El texto definitivo que se publica debe mucho a las precisiones conceptuales del Dr. F. Abel, el Dr. J. Escudé, el Dr. M. Cuyás, el Dr. A. Nello, la Dra. Pilar Núñez y el Dr. X. Cardona.

Frente a los excesos del autonomismo que, en muchos casos, es una reacción al paternalismo despótico, es necesario reubicar de nuevo el principio de autonomía, para evitar un uso inadecuado de este principio que vulnere no sólo el principio de beneficencia sino el mismo principio de autonomía y de no-maleficencia. La defensa del principio de autonomía presupone el conocimiento de sus límites y de su alcance.

La finalidad de este trabajo es describir, pues, los límites de este principio de autonomía, desde una perspectiva filosófica y bioética, no con el afán de reducir la autonomía del paciente, cuyo reconocimiento constituye un progreso extraordinario en la praxis médica y en la asistencia sanitaria, sino con el afán de determinar cuál es su grado real de autonomía y en qué marco se desarrolla dicha autonomía. Frente a una autonomía ideal y absoluta, es necesario reivindicar la autonomía real del sujeto que siempre y en cualquier caso es vulnerable, aunque existen grados distintos de vulnerabilidad.

Después de unas necesarias precisiones conceptuales, el trabajo recoge dos intenciones fundamentales. Por un lado, pretende desarrollar una mirada crítica a las insuficiencias del Informe Belmont de 1978 y del principialismo canónico y, por otro lado, pretende ser propositivo, es decir, acuñar de nuevo el principio de autonomía a la luz del realismo que aporta la praxis médica. Según nuestra postura, el principio de autonomía como los demás principios debe utilizarse como punto de referencia en el análisis de problemas bioéticos, pero no debe considerarse el punto arquimédico para resolver todos y cada uno de los problemas que se plantean en la realidad.

PRECISIONES CONCEPTUALES

CONCEPTO COMÚN

Existen distintas formas de comprender el término autonomía. Autonomía se llama al hecho de que una realidad esté regida por una ley propia, distinta de otras leyes, pero no forzosamente incompatible con ellas.

Se trata de un concepto fundamental de la filosofía que significa negativamente la independencia con respecto a la heterodeterminación de tipo natural, social o político y positivamente que uno se determina a sí mismo en su actuar, dándose el contenido de esta acción.

NIVELES CONCEPTUALES

El concepto de autonomía se construye a partir de distintos niveles y apunta a realidades análogas.

Por de pronto, se pueden distinguir cuatro que expresan el concepto de un modo gradualmente complejo:

1. Autonomía como *ausencia de coacción externa*.
2. Autonomía como *libertad de elección*.
3. Autonomía como *elección basada en la racionalidad de un consentimiento informado*.
4. Autonomía como *elección basada en el reconocimiento y asunción de determinados valores morales autoelegidos*.

La ausencia de coacción es básica para poder enjuiciar una acción desde el punto de vista ético; es un requisito mínimo y obvio, pero necesita ser completado con algunos elementos implícitos en los niveles superiores. Así, para ejercer de veras la libertad y la autonomía, el sujeto debe poder acceder a los medios para su acción.

LA AUTONOMÍA SEGÚN RAWLS Y DWORKIN

Para J Rawls «actuar autónomamente es actuar según principios que consentiríamos como seres racionales libres e iguales»². Según Dworkin, una idea fecunda de autonomía tiene que partir de una clara especificación de lo que es el yo, el sí mismo, lo interno. La base que sostiene la autonomía individual es, para Dworkin, la capacidad de reflexionar y adoptar actitudes respecto a los deseos, preferencias e intenciones de primer orden. «La idea de autonomía –según él– no es una noción meramente evaluativa o de carácter reflexivo, sino que además incluye alguna

2. J. RAWLS, A theory of justice, Oxford, 1971, p. 516.

habilidad tanto para alterar las propias preferencias como para hacerlas efectivas, porque uno mismo ha reflexionado sobre ellas y las ha adoptado como propias»³.

De ambos se desprende que una persona autónoma no puede aceptar sin una consideración independiente el juicio de otras sobre lo qué hacer o qué creer. Puede

Autonomía significa la capacidad de querer algo, de obrar consciente y voluntariamente, por otra parte, significa realizar lo que uno quiere realizar, de acuerdo con las propias fuerzas y los condicionantes sociales y políticos

confiar en el juicio de otras, pero al hacerlo debe estar preparado para adelantar razones independientes a favor de la probable corrección de los mismos y para sopesar el valor evidente de sus opiniones frente a razones contrarias.

EL CONCEPTO EXHAUSTIVO DE AUTONOMÍA

La autonomía tiene, pues, dos aspectos: por una parte, se trata de la capacidad del hombre de desarrollar, a partir de sí mismo, una representación de los fines de su vida y de los medios para alcanzarlos, y de obrar sin constricción exterior de acuerdo con esta representación. Autonomía significa así la capacidad de querer algo, de obrar consciente y voluntariamente. Por otra parte, significa realizar lo que uno quiere realizar, de acuerdo con las propias fuerzas y los condicionantes sociales y políticos.

El agente autónomo es aquel que está autodirigido. Esta descripción de autonomía presupone por completo la existencia de un auténtico sí mismo, un sí mismo que puede ser distinguido de las influencias prevalentes de otras personas o de motivos ajenos. El sí mismo

3. G. DWORKIN, Theory and practice of autonomy, Cambridge, 1988, p. 17.

puede ser concebido a nivel sustancial, como algo previo al influjo de la educación y de la sociedad, o como algo resultante. En este segundo sentido, el sí mismo es la autoconsciencia de la propia identidad personal.

CONCEPTOS LIMÍTROFES

AUTONOMÍA Y HETERONOMÍA

La autonomía se distingue de la heteronomía en el orden conceptual. Un sujeto actúa de forma heterónoma cuando en el actuar no obedece a su propia ley, sino a una ley ajena, que el sujeto asume de forma personal. Un niño que obedece la orden del padre por el mero hecho de que la orden proviene de su padre actúa heterónomamente.

La condición humana es una condición ambigua porque en su obrar cotidiano claramente se pueden detectar elementos autónomos y elementos heterónomos

La condición humana es una condición ambigua porque en su obrar cotidiano claramente se pueden detectar elementos autónomos y elementos heterónomos. Precisamente por ello es tan importante la distinción entre persona autónoma y acción autónoma, puesto que puede darse el caso de que una persona autónoma sea heterónoma en algunas acciones y viceversa, que una persona normalmente heterónoma o dependiente, actúe autónomamente en determinadas circunstancias.

De todas formas, la autonomía humana jamás es puramente autónoma, puesto que en la construcción de la identidad personal y del juicio que depende de esta identidad intervienen distintos factores. Si la identidad personal, como afirma P. Ricoeur, se construye narrativamente, entonces este sí mismo que es el centro de la decisión personal no es completamente ni puramente autónomo, sino el resultante de unos elementos asumidos de forma apriorística. Además, la forma de argumentar y de razonar también pertenecen a una determinada tradición simbólica.

La ética de la autenticidad responde a lo más interior del ser humano

AUTONOMÍA Y AUTENTICIDAD

Algunos autores, como Taylor y Dworkin, relacionan el concepto de autonomía con el concepto de autenticidad. Según Dworkin:

«Una persona es autónoma si se identifica con sus deseos, proyectos y valores, y tal identificación no está influenciada de manera que convierta el proceso de identificación de alguna manera en ajeno al individuo. Descifrar las condiciones de independencia procedimental supone distinguir las maneras de influenciar las facultades críticas y reflexivas de las personas perjudicándolas de las maneras que las promueven y mejoran»⁴.

La autenticidad se produce cuando un agente reflexiona críticamente sobre un deseo y, en un nivel superior, aprueba tener ese deseo. La condición de autenticidad se logra cuando la aceptación del deseo, valor o preferencia forma parte de la serie más amplia y comprensiva de preferencias, creencias y principios propios de una persona, tenga o no buenas razones para mantenerlas.

La ética de la autenticidad responde a lo más interior del ser humano. Una persona es auténtica en su actuar, en su obrar social y profesional cuando exterioriza sus ideales y su mundo interior. La autonomía que significa la capacidad de obrar desde la propia identidad personal se relaciona, pues, intrínsecamente con la autenticidad. En este sentido, se podría decir que la autenticidad no es la mera autonomía en el sentido común del término, sino la plenitud de la autonomía personal, pues existe una completa identidad entre el obrar y el ser personal del agente en cuestión.

AUTONOMÍA Y LIBRE ALBEDRÍO

La autonomía tiene que ver con el libre albedrío, con la capacidad de elegir entre diversas alternativas. Es, a la vez, un requisito de la vida moral y un objetivo de la misma.

El libre albedrío se refiere a la facultad humana de elegir entre distintas opciones. Esta capacidad, donde interviene tanto la inteligencia como la voluntad, puede

no ser autónoma, es decir, puede estar completamente determinada o condicionada por elementos exógenos a la propia subjetividad. La autonomía requiere ausencia de coacción y capacidad de dilucidar por uno mismo las posibles alternativas que se presentan.

Esta capacidad es el libre albedrío, pero en estado puro no existe, pues como dijo Kierkegaard, siempre está mediatizado por un estímulo o condicionamiento. Uno puede ser autónomo en el ejercicio de su libre albedrío y entonces la facultad de decidir se desarrolla en sentido óptimo, pero puede no serlo y entonces la facultad de decidir está sesgada. El libre albedrío, pues, se relaciona con la autonomía, pero no se identifica con ella. La autonomía es la condición de posibilidad del libre albedrío en plenitud.

AUTONOMÍA Y LIBERTAD

La autonomía se relaciona también con el concepto de libertad, aunque no se deben identificar autonomía y libertad, pues la libertad implica direccionalidad hacia un determinado horizonte, inmanente o trascendente. La libertad es siempre libertad-para-algo y hacia un determinado fin.

La autonomía es, pues, la condición de posibilidad de la acción libre, pero por sí misma no es todavía la libertad, porque requiere la dinamicidad teleológica de la libertad. La libertad se orienta fundamentalmente hacia el bien, mientras que la autonomía no tiene direccionalidad. La libertad no se refiere, simplemente, a la capacidad que tiene el sujeto de decidir responsablemente sobre sus acciones, sino que se relaciona con la noción de proyecto existencial, y por lo tanto le incumbe en su globalidad.

TIPOS DE AUTONOMÍA

AUTONOMÍA REAL VERSUS AUTONOMÍA UTÓPICA

Se considera que una acción es utópicamente autónoma cuando es completamente ajena a cualquier influencia exterior, a cualquier determinación interna. Mientras que se considera que una acción es autónoma pero en sentido real, cuando esa acción obedece a una decisión propia y reflexionada, pero relativamente influida por elementos explícitos o implícitos, de carácter externo o de carácter interno.

La autonomía humana es, a lo sumo, una autonomía real en el orden ético y en el orden del ser. Es real y no utópica porque tiene elementos de heteronomía, sabidos o asimilados de forma inconsciente. El ser humano absorbe, como miembro que es de una

4. G. DWORKIN, op. cit., p. 18.

comunidad y de una cultura, un conjunto de normas, de criterios, de términos, de tradiciones, de mitos y símbolos que condicionan extraordinariamente el ejercicio de la propia autonomía.

AUTONOMÍA ONTOLÓGICA

Es la autonomía referida al ser. Según este sentido se supone que ciertas esferas de la realidad son autónomas respecto de otras. Así, cuando se postula que la esfera de la realidad orgánica se rige por leyes distintas que la esfera de la realidad inorgánica, se dice que la primera es autónoma respecto de la segunda. Tal autonomía no implica que una esfera determinada se rija también por las leyes de otra esfera considerada como la más fundamental. Así, en la llamada ley de autonomía propuesta por N. Hartmann, los reinos superiores del ser se rigen por las mismas leyes que los reinos inferiores y, además, por otras leyes propias consideradas como autónomas.

Además de este sentido, el concepto de autonomía ontológica se identifica con el concepto de autosuficiencia. Un individuo tiene autonomía ontológica cuando su ser no depende de ningún otro ser, cuando su ser es autosuficiente. La autonomía ontológica no es aplicable a la condición humana, puesto que el ser del hombre es dependiente y frágil. Desde su misma constitución hasta su aniquilación, el ser del hombre es frágil y quebradizo. Precisamente por eso, el hombre no goza de una autonomía ontológica, sino a lo sumo, de una cierta independencia respecto otras esferas del ser: la esfera mineral y la esfera vegetal y animal, aunque, en otro sentido, depende intrínsecamente de ellas para poder desarrollarse humanamente.

AUTONOMÍA ÉTICA

Una ley moral es autónoma cuando tiene en sí misma su fundamento y la razón propia de su legalidad. Este sentido ha sido elaborado especialmente por Kant y ha sido admitido por otros autores como Cohen, Nartop y Renouvier. El eje de la autonomía de la ley moral lo constituye, según Kant, la autonomía de la voluntad. En ella se fundamenta el imperativo categórico.

Kant indica en la *Fundamentación Metafísica* de las costumbres que la autonomía de la voluntad es «el principio supremo de la moralidad», siendo «la propiedad de la voluntad por la cual es para sí misma una ley» (independiente de cualquier propiedad de los objetos del querer). Por eso el principio de autonomía en la perspectiva kantiana reza como sigue: «No elegir de otro modo que el que hace que las máximas de la

elección se hallen a la vez abarcadas como ley general en el mismo querer» (más simplemente: «Elegir siempre de tal modo que la misma volición abarque las máximas de nuestra elección como ley universal»).

Kant señala que esta ley práctica es un imperativo, pero que ello no puede probarse mediante análisis de los conceptos que figuran en la ley porque se trata de una proposición sintética. A la vez, la heteronomía de la voluntad, es, según Kant la fuente de todos los principios inauténticos de moralidad. Cuando la voluntad no es autónoma no se da a sí mismo la ley. Kant estima que todos los principios de la heteronomía, sean empíricos o racionales enmascaran el problema de la libertad de la voluntad y, por lo tanto, de la moralidad auténtica de los propios actos.

Sustancialmente las mismas ideas son presentadas por Kant en la *Crítica de la razón práctica*. La autonomía de la voluntad, según Kant, es el único principio de todas las leyes morales y de los correspondientes deberes. En cambio, toda heteronomía de la elección no sólo no fundamenta ninguna obligación, sino que se opone al principio del deber y a la moralidad de la voluntad. La ley moral, para Kant, expresa solamente la autonomía de la razón pura práctica, es decir, la libertad, y ésta es la condición formal de todas las máximas, bajo la cual, y sólo bajo la cual, pueden todas concordar con la ley práctica suprema.

La autonomía kantiana no es puramente negativa, sino un concepto positivo, a saber, la facultad de la pura razón de ser práctica por sí misma. La autonomía moral se revela como autodeterminación, como voluntad libre, en un sentido estricto trascendental, independiente de cualquier causalidad y determinación ajena, que se da a sí misma su propia ley. Con palabras del mismo Kant, la *autonomía moral* es la *autoleislación del querer*⁵ y *fundamenta una nueva ética*⁶.

AUTONOMÍA PSICOLÓGICA Y FÍSICA

La autonomía kantiana no es pues, la independencia de los impulsos naturales o libertad práctica que, en realidad, no es más que la posibilidad de elección entre los distintos movimientos sensibles que actúan sobre el hombre. No es tampoco la autonomía psicológica, es decir, la independencia de las acciones humanas de la causalidad del mundo exterior y su sometimiento exclusivo a las representaciones, impulsos y tendencias de nuestro ánimo.

Es necesario, pues, distinguir la autonomía ética que presupone la autonomía psicológica, pero va más allá,

5. Cf. I. KANT, KpV, # 8.

6. Cf. I. KANT, KpV, V 40.

La autonomía humana es, a lo sumo, una autonomía real en el orden ético y en el orden del ser

pues supone la capacidad del sujeto de autolegislarse por sí mismo, y esto no está incluido en la autonomía de tipo psicológica que se refiere a la competencia psíquica de un ser humano para poder desarrollar decisiones de forma racional y responsable.

PERSONA AUTÓNOMA Y ACTO AUTÓNOMO

Es preciso distinguir entre la autonomía personal y la autonomía del acto. Una persona autónoma, esto es, que rige su conducta desde la reflexión y los propios criterios, puede efectuar en determinadas circunstancias un acto heterónomo. Y puede suceder, también que una persona heterónoma, esto es, dependiente, pueda efectuar arbitrariamente, un acto autónomo. Faden y Beauchamp piensan que las acciones son autónomas cuando cumplen tres condiciones: intencionalidad, conocimiento y ausencia de control externo, sin embargo, el plena desarrollo de la autonomía supone otros elementos fundamentales.

En esta línea discursiva tiene razón Diego Gracia cuando afirma que «la autonomía puede ser considerada una facultad o condición sustantiva de la realidad humana, pero puede también ser vista, de modo más simple, como un acto, el acto de elección autónoma.(...) Las personas autónomas pueden hacer y de hecho hacen elecciones no autónomas; y al contrario, las personas no autónomas son capaces de realizar acciones autónomas en ciertos momentos y hasta cierto grado».⁷

HACIA UN CONCEPTO DINÁMICO DE AUTONOMÍA

A partir de lo que se ha dicho hasta aquí, resulta necesario afirmar que la autonomía del sujeto no es estática, sino dinámica, es decir, que experimenta grados de desarrollo diferentes en función de la madurez psicológica y ética del individuo en cuestión.

Esto significa que no se puede delimitar fácilmente el sujeto heterónomo del sujeto autónomo, porque, en

muchas circunstancias, es una cuestión de grado y no un salto cualitativo. Es preciso pues, analizar el grado de autonomía de un sujeto para poder dilucidar su competencia o incompetencia y debe investigar este grado de autonomía en virtud de las decisiones que va a tomar, pues puede ser autónomo para decidir determinadas opciones y, por otro lado, incompetente para ensayar otras decisiones.

PUNTO DE VISTA INTERNO DE LA AUTONOMÍA

La autonomía del sujeto es su querer profundo que se expresa por sus decisiones por la mediación de la reflexión crítica. Las decisiones personales debidamente tomadas en el marco de una reflexión crítica que no deben inhibir sobre la base de una justificación paternalista.

La autonomía así entendida no es, por tanto, un presupuesto, sino un ejercicio; evita el traspies de la jerarquía de preferencias, al diferenciar los niveles en su auténtica dimensión y; conecta con la tradición de las virtudes, porque de su mismo análisis se desprende el aspecto normativo de lo bueno y lo valioso, que está en régimen de mano común entre los miembros de la sociedad.

CONDICIONES DE LA AUTONOMÍA

Según Beauchamp las condiciones de la autonomía de un sujeto son el conocimiento, la comprensión, la ausencia de coacción interna y la ausencia de coacción externa. Lo expresa de este modo en Medical Ethics:

1. Conocimiento: ¿Es el paciente capaz de captar los hechos relevantes sobre su estado y sus posibilidades diagnósticas y terapéuticas? (...)
2. Comprensión: ¿Es el paciente capaz de valorar cognoscitivamente la información recibida y las consecuencias de su estado y de sus posibilidades diagnósticas y terapéuticas? (...)
3. Ausencia de control por coacciones internas. ¿Está el paciente controlado por fuerzas internas que no es capaz de resistir? (...)
4. Ausencia de control por coacciones externas. ¿Está la decisión del paciente controlada por fuerzas o influencias externas que él no es capaz de resistir?»⁸.

Estas condiciones de Beauchamp (conocimiento, comprensión, ausencia de coacciones externas y ausencia de coacciones internas) son fundamentales

7. D. GRACIA, Fundamentos de bioética, Eudema, Madrid, 1989, p. 183.

8. T. L. BEAUCHAMP, L.B. McCULLOUGH, Medical Ethics, New Jersey, 1984, p. 116.

para el desarrollo del principio de autonomía, pero deben completarse con las aportaciones de Feinberg y de Raz.

Según Feinberg las condiciones de autonomía de un sujeto constituyen, en su mejor cumplimiento, un ideal, y las atribuye a quien se posee a sí mismo, tiene identidad propia, es auténtico y selectivo en sus gustos, valoraciones y opiniones, y determina sus preferencias.

Una ley moral es autónoma cuando tiene en sí misma su fundamento y la razón propia de su legalidad

Para Feinberg, el individuo autónomo se hace a sí mismo y moldea su propio carácter. Es además autolegisador de sí mismo y fiel a sus convicciones, posee independencia moral e integridad porque es fiel a sus principios.

Esta idea de autonomía como ideal también la formula Raz.

Según él, «el ideal de autonomía (...) requiere que la auto-creación de uno mismo se lleve a cabo, en parte, a través de la elección entre un rango adecuado de opciones, que el agente sea consciente de sus opciones y del significado de sus elecciones; y que sea independiente de toda coacción y manipulación por parte de otros.(...). La autonomía moral es el ideal de la autocreación libre y consciente».⁹

AUTONOMÍA VERSUS PATERNALISMO

El concepto de paternalismo se enlaza con la imagen del padre de la autoridad tradicional. Apelar a la autoridad y al poder que derivan de la competencia profesional para actuar a favor de los intereses del asistido, incluso constriñendo su autonomía, es una versión innegable del paternalismo.

La noción de paternalismo surge modernamente en el contexto de una discusión sobre el alcance que pueden tener los derechos de las personas, los cuales constituyen el reflejo de su autonomía individual, en determinadas situaciones en las que se encuentran amenazados sus propios intereses.

Habida cuenta de lo complejo de las situaciones concretas, cabría preguntarse si es que alguna vez está

justificado el paternalismo, porque parece que, en principio, destruye la autonomía del cliente o usuario, que todo ejercicio profesional debiera tratar de garantizar.

El rechazo al paternalismo, sin embargo, debe ser comprendido de forma prudente, porque hay situaciones en que no sólo estaría justificado, sino que sería inmoral apelar al valor de la autonomía cuando estamos en presencia de cierto tipo de sujetos. Tal es el caso de los niños o de los que no tienen desarrolladas sus capacidades intelectuales y emocionales en el grado adecuado, ya sea transitoria o permanentemente. Pero incluso en estos supuestos cabría trasladar la exigencia de respeto a la autonomía, centrándola ahora en la persona de los tutores o parientes de aquellos sujetos.

LÍMITES DEL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA

«La autonomía así definida –dice D. Gracia– no sólo tiene los límites que imponen la falta de intencionalidad o de comprensión, la existencia de controles externos, y los controles internos que la hacen inauténtica. Tiene además otros límites que le vienen exigidos por el conflicto con los otros dos principios de la vida moral, el de beneficencia... y el de justicia... Es un hecho comprobado que cuando la autonomía se lleva al extremo e intenta convertirse en un principio absoluto y sin excepciones, conduce a aberraciones no menores que las del paternalismo beneficentista. Lo que el paternalismo es a la beneficencia, lo es a la autonomía el anarquismo. El bien común exige poner coto a las decisiones libres de los individuos. Por eso con sólo el principio de autonomía tampoco puede construirse una ética coherente».¹⁰

AUTONOMÍA Y CIRCUNSTANCIA

Ortega y Gasset forjó el concepto filosófico de circunstancia. Según el filósofo español, la persona no es un ser aislado y separado de la historia, sino que se halla encarnado en la historia, pertenece a una circunstancia, a un determinado marco social, cultural, espiritual y lingüístico. Este arraigo circunstancial delimita evidentemente el marco de actuación y de decisión personal. La circunstancia no es algo, como dice Ortega, ajeno al ser humano, sino un ingrediente de su identidad personal. Yo se identifica con la mismidad pero también la circunstancia.

La circunstancia del enfermo es una circunstancia que se caracteriza por el dolor, la ansiedad y el temor

9. J. RAZ, *The morality of freedom*, Oxford, 1986, pp. 389-390.

10. D. GRACIA, op. cit., p. 187.

La autonomía del sujeto no es estática, sino dinámica, es decir, que experimenta grados de desarrollo diferentes en función de la madurez psicológica y ética del individuo en cuestión

respecto al futuro. En estas circunstancias que pueden agravarse en función de la patología que sufra el paciente, la autonomía se halla muy reducida. Dicho de otro modo: si el paciente se hallase en otra circunstancia que no fuera la enfermedad, seguramente sus decisiones o al menos algunas de sus decisiones serían distintas. Este factor es necesario tenerlo en cuenta cuando se trata de analizar la pretendida autonomía o ausencia de autonomía de un paciente.

J. Marie Mantz distingue en su estudio (EACME) distintos límites del principio de autonomía a partir del análisis de la circunstancia.

«El primer de estos límites impuesto a la autonomía del enfermo es la incertidumbre médica»¹¹.

El segundo límite de la autonomía son las situaciones de urgencia, el tercero es la familia o lo que él llama el poder familiar:

«Otro límite a la autonomía del enfermo es el poder familiar. El enfermo, sobre todo si es mayor, depende de su familia: dependencia física, material, a menudo financiera y también psicológica»¹².

Otro límite vinculado a la circunstancia del paciente es el factor económico.

«Los factores económicos representan también un factor poderoso que limita la autonomía del paciente»¹³.

Otro límite que analiza es el límite impuesto por la ley:

«Por muy grande que sea la autonomía del enfermo, ésta no le permite sobreponerse a la ley que impone a la autonomía unos límites estrictos»¹⁴.

11. VV. AA., A la recherche des contours de l'autonomie et du champ de la liberté dans la relation médecin-malade, París, 1995, p. 8.

12. *Ibidem*, p. 9.

13. *Ibidem*, p. 8.

14. *Ibidem*, p. 9.

Por todo ello, el autor concluye que la persona que está mejor situada para decidir el camino que hay que seguir en una determinada terapia es el médico:

«En definitiva, la personne la mieux placée pour résoudre ces problèmes, c'est le médecin. Il a en main tous les éléments techniques, psychologiques et légaux. Il sait ce qui est pathologique et ce qui ne l'est pas. Il recueille les confidences du malade au cours d'entretiens répétés. Il est formé à une certaine pratique des codes et des lois»¹⁵.

AUTONOMÍA E INFORMACIÓN

La autonomía de una persona en su obrar y en su decidir, especialmente en el campo de la medicina, está íntimamente relacionada con la información de que dispone. Si la información que recibe no es neutral, sino que es intencional entonces su decisión ulterior estará claramente determinada por esa distorsión comunicativa. El principio de autonomía pues, depende, en gran parte, del deber moral de informar adecuadamente.

Esta exposición neutral de la información es un límite insuperable en su idealidad, puesto que todo ser humano cuando informa transmite contenidos de tipo subjetivo, sea a través del lenguaje verbal o no verbal, explícita o implícitamente. En este sentido, la autonomía de un sujeto queda reducida a la capacidad de información y de neutralidad del sujeto comunicante. Pero, además, el éxito de la información depende obviamente de otro factor, a saber, del receptor, y de su capacidad de descodificar el mensaje que ha recibido de forma clara y transparente. Como el receptor es un ser humano, su mente no es una tabula rasa, sino que está delimitada por unos criterios que condicionan su percepción de la información de manera evidente.

AUTONOMÍA Y COMUNIDAD

El ideal de persona autónoma es el de una individualidad auténtica cuya auto-determinación es tan completa como compatible con el requerimiento de que es, desde luego, miembro de una comunidad. En efecto, la autonomía del ser humano no es absoluta ni en su génesis, ni en su desarrollo porque el marco de realización del obrar humano es la comunidad y la comunidad está integrada por otros seres humanos que también tiene el derecho a decidir y a obrar en consecuencia.

Por todo ello, la comunidad es un límite a la autonomía. No puede decidir cualquier cosa, no estoy legitimado

15. *Ibidem*, p. 14.

para realizar acciones que vulneren la libertad del prójimo. Por el principio de dignidad, no es lícito tratar al prójimo como un instrumento, sino que debe ser tratado siempre como un ser racional, esto es, como un fin en sí mismo. Se trata pues, en la condición humana, de una autonomía-en-comunidad.

J. Stuart Mill en su ensayo *On liberty* formula el principio de libertad personal y sus límites. Dice textualmente:

«El único objeto que autoriza a los hombres, individual o colectivamente, a turbar la libertad de acción de cualquiera de sus semejantes, es la propia defensa: la única razón legítima para usar de la fuerza como un miembro de la comunidad civilizada es de impedirle perjudicar a otros; pero el bien de este individuo, sea físico, sea moral, no es razón suficiente. Ningún hombre puede, en buena lid, ser obligado a actuar o a abstenerse de hacerlo, porque de esa actuación o abstención haya de derivarse un bien para él, porque ello le ha de hacer más dichoso, o porque, en opinión de los demás, hacerlo sea prudente o justo. Estas son buenas razones para discutir con él, para convencerle o para suplicarle, pero no para obligarle a causarle daño alguno si obra de modo diferente a nuestros deseos. Para que esta coacción fuese justificable, sería necesario que la conducta de este hombre tuviese por objeto el perjuicio de otro. Para aquello que no le atañe más que a él, su independencia es, de hecho, absoluta. Sobre sí mismo, sobre su cuerpo y su espíritu, el individuo es soberano»¹⁶.

AUTONOMÍA Y TRADICIÓN

Todo ser humano, por el mero hecho de haber nacido, pertenece a una determinada tradición simbólica, religiosa, literaria, cívica, política y social. El hombre arraiga su identidad personal en una tradición y se construye en un diálogo perennemente abierto con esta tradición. Como ha puesto de manifiesto la filosofía hermenéutica de H. G. Gadamer, la tradición no es un todo objetivo y estático, sino más bien lo contrario, se trata de un todo dinámico que el individuo asume en tanto que miembro de una determinada sociedad.

Este dato de la hermenéutica es altamente significativo para concretar otro aspecto que delimita el principio de autonomía. Una decisión autónoma consiste, decíamos, en una decisión reflexiva, personal y sin coacción alguna. Resulta muy difícil deslindar la tradición del sí mismo de cada ser humano. Es esperable, pues, que un ser humano que pertenezca a la tradición X reaccione delante de un determinado problema en base a los criterios de dicha tradición. Esto no significa reducir la riqueza y la autonomía del ser humano a la tradición

en la que está ubicado, pero sí que ayuda a hacerse una idea más relativa y terrenal de la autonomía.

FACTORES REDUCTORES DE LA AUTONOMÍA

Feinberg analiza sistemáticamente los factores que reducen la voluntariedad del sujeto activo, así como las condiciones que debe reunir su consentimiento, para poder suplantar o interferir en su actividad si perjudicar su autonomía.

El primer factor que tiende a viciar la autonomía es la compulsión, entendida en sentido amplio, pues cubre elementos de diferente naturaleza. Esta compulsión puede ser externa o interna. La compulsión interna se refiere a impulsos neuróticos, obsesiones, inhibiciones e incapacidades. La compulsión externa, en cambio, se refiere a la presión coactiva de amenazas o peligros exteriores.

Además hay, dentro de la externa la compulsión propia donde no hay elección, pues su cuerpo es sometido a un movimiento físico como cualquier objeto inerte puede serlo y, consiguientemente no puede afirmarse la existencia de una acción voluntaria.

La presión coactiva puede ser de índole natural o de índole personal. En estas situaciones, la persona efectivamente elige, sin embargo, una de sus alternativas es tan irracional que puede afirmarse que no tiene elección. Son los casos en los cuales por circunstancias naturales o provocadas por otra persona, la libertad del sujeto se reduce a elegir el peor de los males.

El segundo factor que tiende a disminuir o restringir la autonomía de las acciones personales, está relacionado con las creencias erróneas y la ignorancia. Éstas pueden provenir, al igual que la compulsión, de fuentes externas o internas al sujeto.

Beauchamp analiza los distintos factores que intervienen en la decisión autónoma de la persona. Desarrolla una lista de seis factores, donde sigue completamente a Siegler:

1. Incapacidad para expresar o comunicar una preferencia o elección.
2. Incapacidad para comprender una situación y sus consecuencias.
3. Incapacidad para entender información relevante.
4. Incapacidad para dar razones.
5. Incapacidad para ofrecer una razón racional (aun habiendo expuesto otras razones).
6. Incapacidad para ofrecer razones de riesgo/beneficio (aun habiendo expuesto motivos racionales).

16. Sobre la libertad, Barcelona, 1984, p. 32.

La autonomía del sujeto es su querer profundo que se expresa por sus decisiones por la mediación de la reflexión crítica

7. Incapacidad para tomar una decisión razonable (según el criterio, por ejemplo, de un modelo de persona razonable)¹⁷.

DIFICULTADES DE LA AUTONOMÍA

La evolución de la práctica médica pone de relieve la necesidad de ampliar el terreno de la decisión. Como dice B. Cadoré, es necesario ampliar el dominio de la microdecisión, para entrar en el paradigma de la macrodecisión. Hay aspectos, problemas y cuestiones que trascienden la capacidad de decisión y de comprensión del paciente y del profesional que le asiste.

Lo expresa Cadoré con estos términos:

«Es preciso subrayar que estas dificultades son, sin lugar a dudas, las de los profesionales y actores directamente que están informados de sus posibilidades y están encargados de hacerlas conocer. Pero conviene añadir que los pacientes o usuarios se sienten implicados por este exceso de decisiones posibles, tanto más hoy que se insiste legítimamente sobre la necesaria autonomía (de la decisión) de las personas. Sin embargo, muchas veces éstos últimos se sienten colocados frente al abanico de posibilidades, sin tener realmente los medios para evaluar dichas posibilidades, ni poder asumir dentro de una coherente experiencia ética, las más graves entre ellas. El profesional de la salud se da cuenta muy a menudo como coloca al paciente en situaciones éticas imposibles, y descubre que no hay otros medios para indicarles las vías de resolución de la dificultad que apelando a la autonomía de las personas, muchas veces impotentes frente a lo inédito de la situación»¹⁸.

HACIA UNA DESMITIFICACIÓN DE LA AUTONOMÍA

A partir de estas reflexiones, parece evidente que es necesario relativizar la autonomía del sujeto, o precisarla dentro de sus límites adecuados. En este

sentido, E. Morin lleva a cabo una desmitificación interesante del concepto de autonomía:

«La noción de autonomía humana –dice– es compleja porque depende de condiciones culturales y sociales. Para ser nosotros mismos, nos hace falta aprender un lenguaje, una cultura, un saber, y hace falta que esa misma cultura sea suficientemente variada como para que podamos hacer, nosotros mismos, la elección dentro del surtido de ideas existentes y reflexionar de manera autónoma. Esa autonomía se nutre, por lo tanto, de dependencia; dependemos de una educación, de un lenguaje, de una cultura, de una sociedad, dependemos, por cierto, de un cerebro, él mismo producto de un programa genético, y dependemos también de nuestros genes»¹⁹.

Y añade en otro párrafo:

«Cuán a menudo tenemos la impresión de ser libres sin ser libres. Pero al mismo tiempo, somos capaces de libertad, del mismo modo que somos capaces de examinar hipótesis de conducta, de hacer elecciones, de tomar decisiones. Somos una mezcla de autonomía, de libertad, de heteronomía e incluso, yo diría, de posesión por fuerzas ocultas que no son simplemente las del inconsciente descubiertas por el psicoanalista. He aquí una de las complejidades propiamente humanas»²⁰.

AUTONOMÍA Y RESPETO DE LA AUTONOMÍA

Ser autónomo y elegir autónomamente no es lo mismo que ser respetado como un ser autónomo. Como dice Beauchamp:

«Respetar a un agente autónomo es, primero, reconocer la capacidad de esta persona y sus perspectivas, incluido el derecho a expresar su punto de vista, para tomar decisiones, y hacer acciones, que se fundamenten en valores y creencias personales. Pero este respeto exige más que una determinada actitud. Exige tratar al enfermo como un agente capaz de actuar autónomamente. Es decir, el verdadero respeto incluye actuar con respeto, no la mera adopción de una determinada actitud», (op. cit., p. 64.)²¹.

Pero el principio de respeto a la autonomía no debe aplicarse a todas las personas, puesto que algunas por sus circunstancias patológicas no pueden desarrollar actos autónomos. Lo expresa Beauchamp:

«No debe aplicarse a personas que no están en posición para actuar de una forma suficientemente autónoma... La conducta de personas no autónomas debe controlarse

17. T. L. BEAUCHAMP, J. F. CHILDRESS, Principios de ética biomédica, Masson, Barcelona, 1999, p. 129.

18. B. CADORÉ, L'expérience bioéthique de la responsabilité, Louvain-la-Neuve, 1994, p. 106.

19. E. MORIN, Introducción al pensamiento complejo, Barcelona, 1995, pp. 98-99.

20. Ibídem, p. 99.

21. T. L. BEAUCHAMP, L. B. McCULLOGH, Medical Ethics, New Jersey, 1984, p. 71.

desde los fundamentos de la beneficencia para proteger a dichas personas de las graves consecuencias que puede tener su acción. Los que defienden el derecho de autonomía en la ética biomédica, jamás han negado la justificación de estas formas de intervención en lo que se refiere a personas que sean sustancialmente no autónomas y no pueden tomar decisiones autónomas» (op. cit., p. 74)²².

CONCLUSIONES

El respeto por la autonomía de quienes disponen de ella constituye un principio moral básico para un amplio abanico de filosofías morales. Una restricción fundamental a este principio consiste en que el respeto a la autonomía exige el respeto por la de cuantos se encuentran potencialmente afectados.

Las implicaciones de este principio son muchas e incluyen la exigencia de establecer una comunicación adecuada con el paciente; decir la verdad y evitar el engaño; hacer esfuerzos para descubrir cuánta información desea recibir e intentar proporcionársela; y realizar intentos positivos por descubrir hasta qué punto el mismo quiere verse involucrado en la toma de decisiones sobre los cuidados médicos que recibe, y colaborar en ello.

Para la aplicación de este principio se requiere un mínimo de autonomía de pensamiento, de voluntad e intención –sin embargo, es un error creer que cuando la autonomía es reducida ya no debe respetarse–. La autonomía es variable en todos nosotros, especialmente cuando estamos enfermos, pero a menos que se encuentre gravemente disminuida –que esté por debajo de los niveles que en la sociedad se consideran normalmente como independencia de acción–, debe seguir respetándose. Por otra parte, el deterioro de la autonomía de acción no justifica, cuando existe autonomía de pensamiento, el abandono del principio de respeto por ella.

AUTONOMÍA Y VIRTUD

La vida buena es la vida autónoma, pero no solamente autónoma, sino que es la vida de un individuo que es capaz de restituir sus decisiones particulares a la dinámica de constitución de su propia identidad moral, aprendida en el universo simbólico-cultural al que pertenece. Este modelo normativo de vida buena consiste, en otras palabras, en la capacidad del sujeto de reflexionar sobre la novedad original que sus decisiones aportan a su personal identidad, en una operación que incluye, mediante ratificación o la

rectificación en su caso, la valoración por su parte de los referentes culturales que orientan esas decisiones.

La capacidad de reflexionar, de esta manera, no se ejerce en el vacío ni espontáneamente, sin la orientación de ningún referente externo o interno, como resulta de determinadas propuestas liberales de la persona moral. La capacidad de reflexionar, así entendida, es lo que constituye a quien la ejerce, y actúa consecuentemente, en un sujeto autónomo.

Cabe decir, además, que una acción autónoma, aunque sea autónoma, esto es, fruto de la decisión y la reflexión personal, puede no ser virtuosa, sino totalmente ilegítima. Eso significa que el principio de autonomía no debe comprenderse de manera aislada, separadamente del principio de dignidad, de integridad y de vulnerabilidad, sino en íntima relación. Una acción es virtuosa cuando, además de ser libre y de ser expresión de la libertad humana, se orienta hacia el bien, o sea, es responsable en el sentido de Jonas. La responsabilidad para este pensador no sólo se refiere a la capacidad de responder de los propios actos, sino al cuidado de otro ser comprendido como deber dado el estado de vulnerabilidad en el que se halla.

AUTONOMÍA Y VULNERABILIDAD

El principio de autonomía debe comprenderse desde la perspectiva de la vulnerabilidad de la persona humana. El ser humano es, en efecto, un ser vulnerable y frágil tanto desde el punto de vista ontológico, como ético, social, espiritual y cultural. Esto significa que la autonomía jamás es absoluta sino también vulnerable y debe tener en cuenta la vulnerabilidad de la condición humana y respetar. La absolutización de la libertad humana es una fantasía de la razón, propia de una filosofía titánica que no considera suficientemente los límites de la condición humana.

El hecho de que el ser humano sea vulnerable, como la naturaleza que le rodea, no significa que no goce de una cierta autonomía. Es preciso reivindicar la autonomía del ser humano frente a la naturaleza, frente a la especie, frente a cualquier forma y tipo de determinismo, pero es necesario defenderla en el marco de su intrínseca vulnerabilidad, de otro modo, se defiende una autonomía irreal.

AUTONOMÍA Y RACIONALIDAD

En términos generales se identifica una decisión autónoma con una decisión racional y reflexiva. Y de hecho, ocurre que una persona actúa autónomamente cuando piensa, calcula y planifica el sentido de su acción. Sin embargo, no es tan

22. *Ibidem*, p. 73.

identificable racionalidad con Bien. Una persona puede obrar racionalmente, puede argumentar perfectamente el sentido que da a sus acciones, pero su acción resultante puede ser nociva, para uno mismo o para el prójimo. Interpretamos como nociva una acción que vulnera la dignidad personal del ser humano.

Además, puede ocurrir que la autonomía se fundamente en la racionalidad, pero también en otros criterios como pueden ser la intuición o la experiencia. Supongamos el caso que un médico no pueda argumentar racionalmente la terapia que debe seguir un paciente, pero que conozca intuitivamente o por experiencia el mejor tratamiento, en esta situación obrar según razón es obrar correctamente desde el punto de vista formal, pero el resultado final hubiera sido mejor si el médico hubiera obrado desde la intuición o la experiencia personal.

AUTONOMÍA Y RESPONSABILIDAD

El principio de autonomía requiere inevitablemente el principio de responsabilidad. Una autonomía sin responsabilidad, esto es, una decisión irresponsable que no es capaz de asumir y de prever las consecuencias de tal decisión no es propiamente una autonomía en sentido moral. El principio kantiano de autonomía, obliga a la universalización de la acción moral emprendida, esto significa que incluye la responsabilidad moral.

H. Jonas ha desarrollado especialmente bien este concepto de responsabilidad que debe ir inexorablemente unido al principio de autonomía. La responsabilidad —dice— «es algo que pertenece tan indisolublemente al ser del hombre como que éste es en general capaz de responsabilidad; tan indisolublemente, en efecto, como que el hombre es un ser que habla, y por eso hay que incorporarlo a su definición» (p. 173). En el ser del hombre existente está contenido de manera totalmente concreta un deber, su calidad de sujeto capaz de causas lleva consigo por sí misma una obligatoriedad objetiva en la forma de responsabilidad externa.

La responsabilidad no pone fines, sino que es la mera carga formal que pesa sobre toda acción causal y que dice que pueden pedirse cuentas de ella. Jonas define la responsabilidad en estos términos: «Responsabilidad es el cuidado, reconocido como deber, por otro ser, cuidado que, dada la amenaza de su vulnerabilidad, se convierte en preocupación»²³. La responsabilidad ética comprendida desde esta perspectiva no debe identificarse con el sentimiento paternalista, puesto

que se trata de la obediencia a un deber para con el otro fruto de su extrema vulnerabilidad. El profesional de la salud debe respetar la autonomía de la persona del paciente, y precisamente por ese motivo debe ser responsable de esa autonomía, debe preocuparse por sus condiciones de posibilidad, debe criticar su estado de debilidad y cuidar de ese ser en el caso que sea un individuo frágil y vulnerable.

En relaciones asimétricas, esto es, entre personas que viven circunstancias distintas el principio de autonomía debe interpretarse necesariamente en el marco de la responsabilidad ética, pues de otro modo la decisión del profesional de la salud es irresponsable y puede ser altamente nociva.

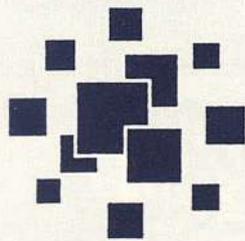
TESIS FINALES

1. La autonomía de la persona no es la autonomía de la decisión.
2. La autonomía está profundamente condicionada por factores externos e internos.
3. La autonomía está profundamente limitada en su génesis, en su desarrollo y en su fin.
4. El principio de autonomía no debe absolutizarse sino que debe comprenderse en el marco de la vulnerabilidad humana y respetando el principio de dignidad.
5. La autonomía de la persona es auténtica cuando es responsable.
6. La autonomía desde el punto de vista ético no significa relativismo, sino la capacidad del sujeto de autoregularse a sí mismo.
7. La autonomía desde el punto de vista psicológico no se corresponde con la autonomía física, ni ética.
8. La autonomía de la decisión presupone una información adecuada y máximamente objetiva.
9. No siempre se identifica la acción autónoma con la acción virtuosa.
10. No siempre es adecuada la identificación entre acción racional y bondad moral.
11. Reconocer los límites del principio de autonomía no significa negar la autonomía.
12. Entre la autonomía absoluta y el paternalismo dictatorial es preciso recuperar la confianza y la amistad entre médico y paciente (Lafín).
13. El principio de autonomía se ha utilizado como pretexto para evitar responsabilidades.
14. Intervenir sin consentimiento atenta el principio de autonomía, pero no intervenir todavía es más grave, porque atenta el principio de la dignidad de la persona.
15. Es necesario transformar la orientación del principio de autonomía. De la autonomía solitaria y solipsista a la autonomía compartida y dialógica.

23. H. JONAS, El principio de responsabilidad, Barcelona, 1995, p. 173.

BIBLIOGRAFÍA

- T. L. BEAUCHAMP, J. F. Childress: *Principles of biomedical Ethics*. New York, 1989.
- T. L. BEAUCHAMP, L.B. MCCULLOUGH: *Medical Ethics*. New Jersey, 1984.
- C. M. CULVER, B. GERT: *Philosophy in Medicine*. Oxford, 1982.
- J. NABERT: *L'expérience intérieure de la liberté*. Paris, 1994.
- L. SEVE: *Pour une critique de la raison bioéthique*. Paris, 1994.
- VV.AA.: *Autonomie. Dimensions éthiques de la liberté*. Paris, 1978.
- O. HOFFE: *Diccionario de ética*. Crítica, Barcelona, 1994.
- P. BARRY CLARKE (ed.): *Dictionary of Ethics, Theology and Society*. New York, 1996.
- G. DÍAZ PINTOS: *Autonomía y paternalismo*. Murcia, 1993.
- J. RAZ: *The morality of freedom*. Oxford, 1986.
- J. FEINBERG: *The moral limits of the criminal law*. Oxford, 1984-89.
- D. GRACIA: *Fundamentos de bioética*. Eudema, Madrid, 1989.
- R. YOUNG: *Personal autonomy Beyond Negative and positive Freedom*. New York, 1986.
- A. MCINTYRE: *After virtue*. Notre Dame, 1981.
- J. RAWLS: *A theory of justice*. Oxford, 1971.
- G.DWORKIN: *Theory and practice of autonomy*. Cambridge, 1988.
- J. STUART MILL: *Sobre la libertad*. Orbis, Barcelona, 1984.
- R. GILLON (ed.): *Health Care Ethics*. New York, 1993.
- B. CADORE: *L'expérience bioéthique de la responsabilité*. Louvain-la-Neuve, 1994.
- F. VILARDELL (ed.): *Ética y medicina*. Madrid, 1988.
- M. WREEN: *Autonomy, religious values and refusal of lifesaving medical treatment*.
- D. CALLAHAN: *Autonomy. A moral Good. Not a Moral Obsession*: Hastings Center Report 14 (1984) 40-42.
- G. DWORKIN: *Autonomy and behavior control*: Hastings Center Report 6 (1976) 26-28.
- D. THOMASA: *Freedom, Dependency and the Care of the Very Old*: Journal of the American Geriatrics Society 12 (1984) 906-914.
- S. BENN: *Freedom autonomy and the concept of a person*: Proceedings of the Aristotelian Society 76 (1975).
- EACME: *A la recherche des contours de l'autonomie et du champ de la liberté dans la relation médecin-malade*. Paris, 1995.
- E. MORIN: *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa, Barcelona, 1995.



agefred

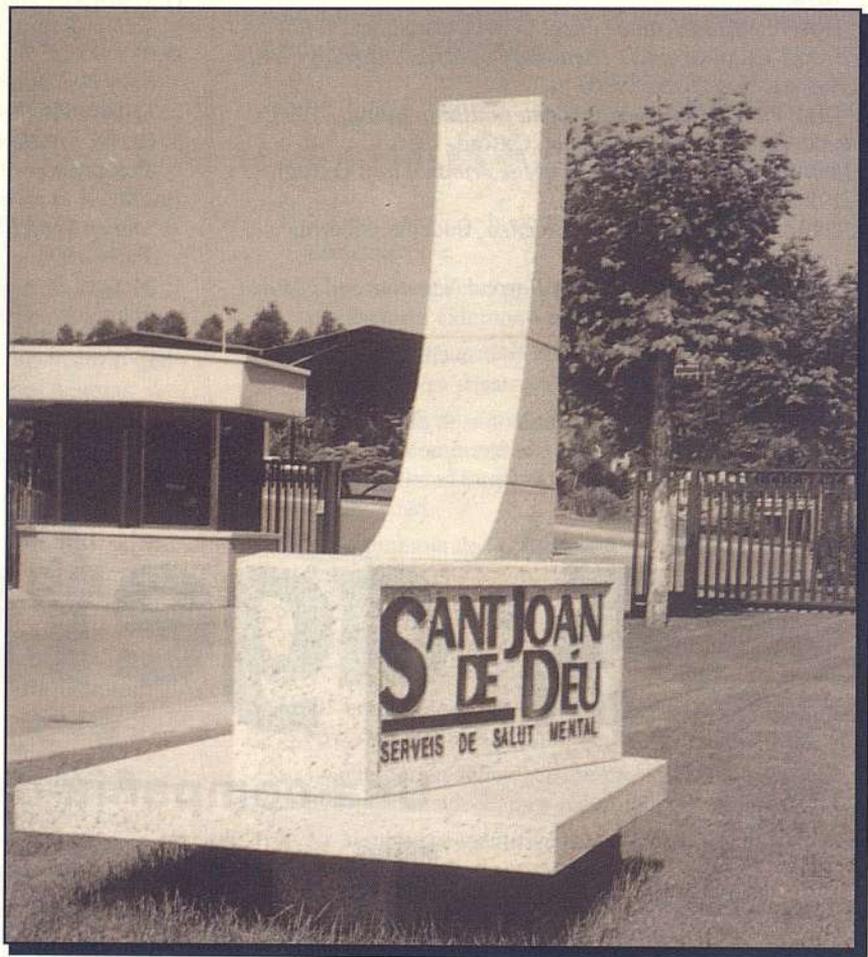
Una compañía de

Dalkia

**Mantenimiento Multitécnico
Gestión Técnica de la Energía
Instalaciones**

Escultor Canet, 35-37 08028 Barcelona
Tel. 933 340 800 Fax. 933 345 037
E-mail: agefred@agefred.es

Carta de derechos y deberes Sant Joan de Déu - Serveis de Salut Mental



En su día SANT JOAN DE DÉU - SERVEIS DE SALUT MENTAL, centro asistencial psiquiátrico que los Hermanos de San Juan de Dios tenemos en Sant Boi de Llobregat, desarrolló, por medio de su Comité de Ética Asistencial, la «Carta de Derechos y Deberes del Enfermo Mental Hospitalizado» y que LH publicó (LH. n.º 239, pp. 11-12, 1996).

El centro ha tenido la feliz idea de revisar, desde la práctica cotidiana, de atreverse a analizar

en qué medida el contenido de dicha Carta se aplica en la realidad de la asistencia que presta, qué puntos encuentra con mayores dificultades, qué posibilidades tiene de hallar solución... Se trataba en definitiva de reflexionar no ya sobre valores -que ya habían sido descritos previamente en la misma- sino de su incidencia real en el plan asistencial. De otra forma, sería aplicar el principio dialéctico de la tesis-antítesis-síntesis en busca de la mayor efectividad.

Difícil el cometido pero sumamente laudable cuando tan acostumbrados estamos todos a perdernos en el marco de los grandes enunciados retóricos sin atrevernos a examinar en qué medida los mismos afectan al día a día. Y todavía más laudable cuando ello se lleva a cabo en un contexto de un centro de atención psiquiátrica que, por su complejidad, hace más difícil cualquier análisis del talante del que aquí se propone.

Interesante camino el hasta aquí realizado. Todavía no ha finalizado; es más, por principio es un camino que no tiene fin. Pero que, por honestidad institucional, estamos obligados a realizarlo.

METODOLOGÍA Y PROCESO

La comisión que recibe el encargo del Comité de Ética para iniciar el proceso de aplicación de la Carta de Derechos y Deberes en todos los servicios, consideramos oportuno incorporar desde el principio a las labores de diseño y coordinación a los miembros del grupo que, en su día, la redactaron.

La comisión queda formada por Oti Arenas, trabajadora social; Encarna Utjés, auxiliar; Cristina Toldi, trabajadora social; Francisco Fernández Carrillo, psiquiatra y Hno. Francisco Muñoz, enfermero.

La planificación de nuestro trabajo y la metodología que hemos aplicado, se resume en los siguientes puntos:

1. Convocatoria de un representante de cada servicio o unidad que participe voluntariamente, con motivación para tratar con los Derechos y Deberes de los usuarios. Se presentaron las siguientes personas:

- a) *Centros de Salud Mental (CSM)*: Assumpta Benito, trabajadora social; Paco Martínez, trabajador social; Jaume Autonell, psiquiatra; Sonia Aparicio, psicóloga e Inma del Castillo, psicóloga.
- b) *Centros de Día*: Valeriano Gil, monitor y Nöel Camps, trabajadora social.
- c) *Hospital de Día*: Silvia Teba, enfermera.
- d) *Unidad de Agudos*: Xavier Palau, auxiliar.
- e) *Unidad de Subagudos*: Elvira Torrente, trabajadora social.
- f) *Unidad de Mediana y Larga Estancia (MILLE)*: Mireia Santacreu, enfermera; Vicente Baño, médico y Fernando Melloni, psicólogo.
- g) *Área de Disminuidos Psíquicos*: Carlos Vázquez, auxiliar; Rosa Comellas, auxiliar y M.^a Sol González, trabajadora social.
- h) *Área de Psicogeriatría*: Manoli Alfonso, auxiliar.
- i) *Enfermería somática*: Sandra Meroño, enfermera.
- j) *Rehabilitación central*: Ana González, psicóloga y Jesús Vázquez.
- k) *Voluntariado*: Adela Martí.

2. A los representantes de los servicios se les propone una función de referentes permanentes para enlazar la comunicación entre los equipos y la comisión de coordinación durante todo el proceso.

3. La comisión de coordinación dirigirá un proceso de reflexión con todos los representantes de los equipos con el objetivo de hacer una explicación y, a la vez, un ejercicio práctico del que después cada uno tendrá que repetir con sus compañeros de equipo.

4. En una primera reunión, Grupo General (23 de enero de 1997) hicimos la presentación de los objetivos:

- a) Promover el conocimiento y la discusión de la Carta de Derechos y Deberes en todos los equipos.
- b) Sensibilizar a los profesionales en la comprensión del enfermo como usuario de servicios.
- c) Recaudar el máximo de aportaciones de los equipos para avanzar en el desarrollo de la implantación de la Carta de Derechos y Deberes.

y los objetivos que había que trabajar con los equipos:

- d) Establecer por escrito el compromiso de las unidades del contenido que se asumen actualmente de la Carta de Derechos y Deberes.

- e) Medidas a plantear a la Junta de Gobierno y propuestas para mejorar el desarrollo de la Carta de Derechos y Deberes.
- f) Consensuar la interpretación de los Derechos y Deberes entre los diferentes niveles asistenciales y entre los servicios de cada nivel posterior al 25 de junio de 1997.

5. Las siguientes cuatro reuniones (dos horas por sesión) (5, 19, 26 de febrero y 13 de marzo de 1997) se dedicaron a trabajar en cuatro subgrupos más homogéneos:

- a) CSM (cinco centros).
- b) Centros de Día (tres centros), Hospital de Día, Agudos y Subagudos.
- c) Psicogeriatría, Enfermería Somática y Disminuidos.
- d) MILLE, Rehabilitación y Voluntariado.

les planteamos los siguientes enunciados como recurso metodológico:

1. Interpretación común que se hace de los Derechos y Deberes en servicios homogéneos.
2. Estimación de cumplimiento actual.
3. Dificultades que se encuentran en los siguientes aspectos:
 - Infraestructuras.
 - Recursos Humanos.
 - Actitud.
 - Otros.

¿Cuáles son los derechos que más se cumplen?

¿Cuáles son más fácilmente asumibles y cuáles los más difíciles de asumir?

Durante una hora el grupo trabajaba estas cuestiones y la segunda hora, conjuntamente con los miembros de la comisión, se hacían los comentarios y aclaraciones pertinentes.

6. Finalizada la última sesión (marzo 1997) convocamos una nueva reunión después de tres meses (25 junio) fecha que consideramos que se podrían tener los trabajos recomendados en los «objetivos a trabajar en los equipos».

7. Como la experiencia nos demostraba la dificultad de intercambiar criterios e interpretaciones de la Carta de Derechos y Deberes entre servicios de contenido muy heterogéneo, decidimos mantener dos reuniones más con cada uno de los subgrupos para trabajar más específicamente con ellos el producto de su reflexión. (16 y 23 de octubre 97 y 11 y 18 de diciembre 97).

CONTENIDOS DE LOS GRUPOS DE TRABAJO

Las opiniones que se recogen en este apartado quieren ser fieles a las expresadas, verbalmente o por escrito (fichas) en cada grupo de trabajo.

En la redacción hemos querido destacar el respeto de las opiniones por encima de la armonía del conjunto. Por eso, a veces, pueden encontrarse algunas repeticiones; sensación de bloques yuxtapuestos e, incluso, expresiones espontáneas que hemos transcrito literalmente.

GRUPO GENERAL

Características más importantes del primer contacto con representantes de todas las unidades:

- La carta de Derechos y Deberes se recibe, en principio, como un instrumento que define un marco de referencia que, a la vez, supone un apoyo a los profesionales.
- De buen principio surgen algunos interrogantes, por ejemplo, sobre «¿cómo se informa a los usuarios de los Derechos y Deberes?». A pesar de la novedad se asegura que «la tendencia general es de cumplirlos».
- Hay un primer bloque (atención integral/información/confidencialidad/normativa del centro...) que parecen más asequibles a la hora de aplicarlos y respetarlos. Algunos de los inconvenientes reconocidos desde la primera aproximación son la falta de vías concretas hacia donde dirigir las reclamaciones.
- Los que hacen referencia a la intimidad, la no aceptación del tratamiento, cambio de terapeuta, reclamaciones; La relación con las familias y todos los deberes en general, aparecen como de contenido y aplicación más complejo y difícil.
- ¡Cómo siempre y también genéricamente se piden más recursos!

Una cosa significativa y positiva es que se pide sensibilización, sin prisa pero sin pausa, tanto de los equipos, la familia y los usuarios. En este sentido hay reflexiones que reconocen y descubren la necesidad de mejorar la actitud de respeto porque «el paciente también es una persona».

- Desde el primer momento queda claro que las diferentes unidades, con el contenido diverso de sus programas,

requieren una adaptación práctica de cada derecho y deber, adaptación de la que dependerá su cumplimiento diferenciado en cada unidad.

- Durante la reflexión se hacen varias alusiones al contenido elaborado sobre los deberes que, si se comparan con los derechos, se consideran bastante más pobres.
- De una manera más diferenciada, el voluntariado se presenta como una pieza importante para favorecer la humanización de la asistencia, porque puede realizar aportaciones de apoyo a los derechos y deberes en todos los sentidos. Se hace notar que el voluntario goza de una posición de aproximación-distancia que le permite observar aspectos que pueden pasar por alto los profesionales.

SUBGRUPOS

Centros de Salud Mental (CSM)

- En líneas generales todos estábamos de acuerdo en la conceptualización de cada uno de los derechos, las diferencias las encontramos en detalles de la concreción.
- Respecto al *derecho de la atención integral*, creen que por la presión asistencial que en estos momentos tienen los CSM y el sistema de evaluación por el rendimiento que aplica la Administración hace que exista una tendencia a aumentar el tratamiento de tipo biológico.
- Respecto al *derecho a la información* se encuentran ciertas dificultades de aplicación desde los profesionales. Actualmente existe una demanda creciente de informes en los CSM, este hecho obliga a diseñar unas condiciones concretas para hacer la petición. Hay un cierto temor que cuando los usuarios conocen este derecho se disparen las demandas y aumente el trabajo administrativo.
- Tienen dudas de aplicación del *derecho del consentimiento informado*, piensan que en algunas situaciones clínicas determinadas existe una dificultad de aplicación (Ej. Las anorexias). También se preguntan si es posible que los usuarios pidan cambio de profesionales no médicos.
- El *derecho de calidad asistencial* es un derecho tan amplio que es difícil cómo se puede conseguir y cuáles son las prioridades, los recursos humanos, la infraestructura...
- Respecto al *derecho a la confidencialidad* piensan que pueden existir problemas cuando se trabaja en coordinación con otros servicios, sobre todo si son de fuera de la red de Salud Mental como médicos de cabecera, servicios sociales, voluntariado...
- En el cumplimiento del *derecho a la intimidad* piensan que pueden existir dificultades para las condiciones de los locales, situación de la sala de espera, aislamiento acústico de los tabiques..., pero también los profesionales han de tomar precauciones para

preservarla (no hablas en los pasillos, cerrar la puerta...).

- Cuestionan el *derecho a conocer la normativa* porque actualmente no existe una normativa escrita en los CSM, creen que cada profesional aplica su propia versión de la normativa. Sería indispensable que se clarificara este tema.
- Por lo que respecta al *derecho a reclamar* creen que se debe definir a quién dirigir las reclamaciones (la reunión se hizo antes que se definiera el circuito de reclamaciones). Hay un cierto miedo injustificado por parte de los profesionales a las reclamaciones. Creen que es importante un cambio de actitud por parte del equipo ante este derecho de los usuarios.
- Los *derechos de los familiares* plantean problemas respecto al tipo de información que el profesional debe dar, así como poder evaluar los efectos benéficos o perjudiciales de la información al familiar. También se cuestionaban qué familiar tiene derecho a la información y su capacidad de colaboración. Reflexionan sobre cómo este derecho puede entrar, a veces, en contradicción con los propios derechos del paciente.
- El *derecho del paciente a colaborar en su tratamiento* piensan que está condicionado por la interpretación y la valoración de «la capacidad» del paciente. Por otra parte en la mayoría de los casos no existe un contrato terapéutico explícito.
- El *derecho a respetar a las personas y su entorno* creen que se debe conseguir en función de la psicopatología del paciente.
- El *derecho a conocer la normativa del centro* tiene un cumplimiento muy bajo, ya que no siempre se conoce la normativa y muchas veces no es asequible, sencilla ni estable.
- No opinan sobre el *deber de firmar el alta*, ya que los CSM son centros de atención ambulatoria.
- Para que *los familiares puedan cumplir los derechos* asignados tiene que existir previamente un trabajo con la familia para después poder exigir el cumplimiento. Este cumplimiento siempre estará condicionado al reconocimiento de las capacidades y limitaciones de cada familia.

Las tres reuniones realizadas posteriormente han tenido el objetivo de ir tratando y consensuando el trabajo efectuado por todos los miembros del grupo con sus equipos y llegar a acuerdos. Un objetivo complementario era consensuar el contenido respecto a la Carta de Derechos y Deberes en los trípticos que están diseñados por los CSM.

Agudos, subagudos, centros de día y hospital de día

- Creen que el derecho a «la atención integral tiene que ser global y no parcializada.» Esta atención se traduce

en una respuesta adaptada a la demanda del enfermo. Pero se hacen una pregunta: ¿no será que el enfermo se adapta a la respuesta que le dan desde los servicios?

- El enfermo *tiene derecho a tener información* y que la entienda, pero... «una información completa no se puede dar en según que casos, ya que dependerá del estado psicopatológico». Comentan que tienen diferentes dificultades para dar la información regularmente y por escrito, así como, también se preguntan, quien será el profesional que lo debe transmitir.
- Cuando hablamos del *derecho al consentimiento informado* todavía no tenían esta formulación sino que su enunciado era: «derecho a rechazar el tratamiento» (Con el que trabajamos). La opinión general es que se cumpla pero siempre en función del estado psicopatológico del enfermo.
- El *derecho a la calidad de la asistencia* se entiende como poder disponer de una asistencia adecuada. Es un derecho que se cumple hasta donde es posible por el esfuerzo de los profesionales, aunque se reconocen limitaciones por falta de recursos humanos y de infraestructura.
- La *confidencialidad*. En los equipos es un derecho que se preserva pero existen algunas dificultades por falta de espacio físico y temporal, y por tanto, no siempre se puede respetar tanto como se espera.
- Ser atendido en sus *reclamaciones*. En estos momentos, las vías para llevar a cabo una reclamación son claras y siguen su curso. Cuando empezaron las discusiones en subgrupos no estaba definido y se preguntaban: ¿quién atenderá la reclamación y qué solución se dará?
- Las *familias reciben información* sobre su familiar ingresado en el momento oportuno, así como una respuesta adecuada. Se hicieron dos propuestas: 1. Tendría que haber más tolerancia y flexibilidad en el horario de visitas a los enfermos ingresados; 2. Se debería adecuar el hábitat para que tengan cierta intimidad durante las visitas.

Deberes

- El *usuario cumple las normas* del servicio en el que se encuentra ingresado, pero sería necesario más información de la normativa general del centro.
- El *usuario respeta*, en general, el entorno así como también a los profesionales, pero se considera que se le ofrece poco conocimiento sobre el uso que puede hacer de las instalaciones del centro. En este deber se comentaba la dificultad que comporta la educación del enfermo para integrar estas normas.
- En el *deber de firmar el alta* en caso de no aceptación del tratamiento, el grupo se planteó un gran interrogante. Creen que el deber de las familias en la colaboración del tratamiento depende de los servicios. En los servicios externos cumplen pero si el familiar está hospitalizado depende de la actitud de las familias.

Mille, Rehabilitación y voluntariado

Derecho a la atención integral

«El paciente es una persona»: se resume con esta expresión el riesgo que hay de *olvidarse* y llegar a hacer una asistencia *mecanizada* con criterios de decisión globales que favorecen la despersonalización.

Al contrario, la atención integral supone el esfuerzo y la actitud de ofrecer una atención personalizada.

Derecho a la información

No se discute el derecho a la información pero enseguida surgen dos dificultades:

1. Los límites que impone el estado del paciente, su capacidad receptora y de contención que tienen que ser evaluadas por el terapeuta antes que ofrecer información y,
2. El miedo que muchas veces tiene el mismo profesional de informar.

Todo un conjunto de matizaciones acompañan estas dificultades que, sin duda, aunque se consideran reales, cabe identificar en lugares y circunstancias concretas.

Derecho a la calidad de la asistencia

La asistencia se entiende como una relación *contractual*. Lo que ahora decimos «contrato terapéutico» supera la antigua concepción más paternalista de la relación asistencial y abre claros elementos de obligación a colaborar en el tratamiento por parte del usuario.

Desde un punto de vista general de nuestra institución se piensa que el cumplimiento es bajo, dado que una parte importante de usuarios incumple o no se le ofrece suficientes vinculaciones con actividades terapéuticas (Rehabilitación Central).

Como dificultades, aparece en primer lugar, la masificación. Se conoce la desproporción existente entre el número de usuarios de larga estancia y el número de profesionales que deja en evidencia la imposibilidad de alcanzar niveles de personalización asistenciales como se desearía desde una valoración más teórica. Ante esta realidad de falta de recursos se hace alusión a las posibilidades que ofrece el voluntariado, que se debería de potenciar.

Derecho a la intimidad

Según esta aportación, quiere decir: Respeto a los aspectos más íntimos y personales.

Se plantea la realidad dialéctica que presenta nuestra institución cuando defiende los derechos de la persona y, en cambio, la realidad institucional tiene limitaciones claras por lo que respecta a la relación número de pacientes por profesional y también algunas limitaciones arquitectónicas actuales.

A pesar de toda esta realidad y recursos se considera que la actitud de los profesionales es buena para tener el máximo cuidado de este derecho.

Por lo que respecta a aspectos concretos de intimidad se señalan los siguientes: familias, sexualidad, información, habitaciones y duchas.

Derecho a conocer la normativa del centro

No se tiene conciencia clara que exista una normativa del centro. Aunque en los debates se identifican muchos aspectos normativos que existen incluso por escrito, muchos de ellos generados desde las mismas clínicas. Se aclara también que el sentido *normativo* no es exclusivamente sancionador, sino que la finalidad más propia de la norma es orientar al usuario sobre los servicios que dispone.

Derecho a las reclamaciones

En estos momentos se considera que falta información a los pacientes. La cultura de la reclamación como Derecho es bastante nueva y en los enfermos mentales, además de nueva es *incomprensible*. Es un derecho que se ha *descubierto* como una novedad en la evolución de la asistencia más tradicional.

El grupo considera que, actualmente, no se cumple, al menos no tienen experiencias próximas. Tampoco existen vías de canalización de las reclamaciones que se hayan oficializado.

En este sentido se sugiere la creación de un Departamento de Atención al paciente y la instalación de buzones de sugerencias.

Derecho de los familiares

Como norma general se considera que la participación de los familiares en el trato es muy importante. Es un vínculo que hay que mantener. Así mismo destaca la necesidad de hacer consideraciones individualizadas porque en muchos casos se hace imprescindible limitar esta colaboración. Todo depende de las características del caso.

En general, como más información se pueda dar, se obtiene más colaboración de los familiares.

Con una visión autocrítica y muy por encima como corresponde en estas primeras aproximaciones al tema, se hace una estimación de cumplimiento medio.

La información básica si que se cumple. Las dificultades en las que se encuentran son: «historia, familia y la patología del paciente». Cuando se trata de información a las familias nos encontramos con los límites que marca la confidencialidad (derecho del paciente). Las condiciones del hábitat tampoco no son las más adecuadas por la facilidad con que se «escucha» (tabiques poco aislantes, puertas abiertas, pasillos).

Deberes

El respeto se considera un aspecto básico que hace referencia a los comportamientos de relación y convivencia entre usuarios y profesionales.

La percepción de este momento es de un cumplimiento bajo. Se debería mejorar bastante proponiendo actividades para fundamentarlo como cultura de los hábitos. La primera reflexión destaca que, en primer lugar, aparezca la propia enfermedad que ya implica una distorsión del comportamiento.

Un segundo aspecto es el institucionalismo que, sobre todo en casos de larga estancia, determina comportamientos deformados por la rutina del «cada día lo mismo».

En tercer lugar se expresa que la actitud de los profesionales influye positiva o negativamente según se trate de actitudes activas o pasivas. La autocrítica en este punto es que, en general, se podría ser más activo y superar tendencias en la apatía, inapetencia o faltas de profesionalidad.

Firmar el alta

Se manifiesta un cierto paternalismo en el momento de dar el alta porque la evolución clínica de un caso no siempre se corresponde con la solución simultánea de los aspectos socio-familiares que la hacen posible. Se considera un cumplimiento *bajo*.

Disminuidos, psicogeriatría y enfermería somática

- La *atención integral* no plantea inicialmente ningún problema en la reflexión ya que se considera que se intenta cuidar desde unos equipos asistenciales de composición multidisciplinar.
- Por lo que respecta al *derecho a la información* se considera que requiere una aplicación más personalizada. Las circunstancias individuales muy

diversas no permiten hacer una aplicación generalizada de este derecho.

- La posibilidad que el usuario puede dar o negar el *consentimiento* a un tratamiento abre dudas. Se hacen consideraciones sobre la competencia mental del usuario en cada caso, y la necesidad de que los criterios del equipo de profesionales limite este derecho. Se ponen ejemplos para dejar en evidencia casos en que negarse al tratamiento es un claro perjuicio para el propio usuario. Queda abierta la posibilidad que no siempre es así.
- No se hace ninguna objeción al derecho a la calidad a buen entender que será una calidad relacionada directamente con los recursos disponibles.
- Respecto al derecho a la *confidencialidad* se puntualiza que, «siempre que no perjudique», lo que quiere decir que se debe valorar el grado de trascendencia en cada momento según el tema que se trate. De todos modos, hay aspectos de este derecho que sí se reconocen como dificultad y que se pueden mejorar, por ejemplo, dar respuestas en lugares inadecuados y el uso que se pueda hacer de la historia clínica, de demasiado fácil acceso.

Por otro lado, y de una manera genérica, destacan tres amplios bloques temáticos:

1. Infraestructura –que se refiere a condiciones arquitectónicas–. Presenta en sí mismo importantes dificultades cuando se trata de asegurar la intimidad de los usuarios. También representa deficiencias desde el punto de vista de la seguridad en general.
2. Recursos humanos –son evidentemente escasos y se recalca que por no ser contradictorios debemos hablar de una calidad asistencial en proporción a los recursos.
3. La actitud de los profesionales. Todos admiten que es un aspecto siempre mejorable y revisable, se considera que la falta continuada de recursos llega a influir negativamente en las actitudes de los profesionales.

El derecho a la intimidad no plantea dudas

Se es consciente de la obligación de respetar tanto desde el punto de vista físico como de «contenido vivencial». Pero se puntualiza que siempre que no interfiera en su tratamiento o curación.

Se considera que se hace un cumplimiento de este derecho, cuantificándolo de alta.

Las dificultades señaladas como más importantes son dos: la propia patología del usuario y aspectos de infraestructura arquitectónica.

Conocer la normativa

Es un derecho que se tendría que asegurar por escrito. El grupo hace una valoración, de cumplimiento Alto,

dejando claro que se refieren a la normativa de la unidad.

También se encuentran dificultades a la hora de la continuidad del cumplimiento por parte de los usuarios. A menudo se hace necesario redefinir las normas con tal de adaptarse más concienzudamente a las necesidades de cada momento y, por último, se manifiesta la necesidad de consensuar niveles de normativas de la unidad con las de la institución en general.

El derecho a ser atendidos en las reclamaciones

Conlleva el derecho a saber las vías formales que existen para la presentación de quejas y sugerencias. La falta de cultura en estos aspectos hace que se reconozca un cumplimiento bajo.

Las manifestaciones de la patología, muy variadas, según cada usuario, es una dificultad común con otros derechos. Se encuentran a faltar herramientas adecuadas para trabajar este tema aunque no se especifican cuáles. En estos momentos se sabe que se está trabajando la definición de algunos criterios y la instalación de buzones que faciliten al respuesta y canalice las demandas.

Derecho a recibir información

La familia del usuario tiene derecho a recibir la información necesaria para poder colaborar en el tratamiento y mantenerse vinculada en su proceso. Con esta formulación todos están de acuerdo. Así mismo se expresan algunas diferencias de interpretación entre las diferentes unidades.

«La dificultad que más se resalta es la actitud que frecuentemente mantiene la familia hacia la unidad».

Deberes

1. Las referencias al contrato terapéutico se hacen en el sentido de su conveniencia ya que, hoy por hoy, sólo existe en la Residencia Santa Anna y como experiencia muy reciente. Es opinión general que su implantación ayuda a delimitar mejor las responsabilidades (deberes del usuario).
2. El respeto a las personas e instalaciones, se valora que se cumpla, fuera de casos puntuales. A veces se presentan dificultades pero unas veces es por causa de la enfermedad (sus manifestaciones) y otras, por la baja capacidad de contención de algunos profesionales, y también por los escasos recursos humanos.
3. Según la opinión del grupo la normativa queda prácticamente limitada a la orientación sobre horarios de funcionalidad doméstica: comidas, duchas, visitas... Dicen que los usuarios tienen dificultad de retener la

información/norma y que cumplen por rutina. Se les hace muy necesario el refuerzo oral constante.

4. De firmar el alta no se dan casos en estas unidades por razones de manifiesta incapacidad y dependencia de los usuarios.

Familiares: La obligación de visitarlos se registra como de cumplimiento de mínimos. En los casos de crónicos de larga estancia es todavía más difícil, más bien hay tendencia al abandono. La colaboración en el tratamiento, aspecto muy novedoso, se va introduciendo poco a poco. De momento hay poca colaboración. En general, tampoco se participa en los gastos porque las pensiones se cobran aquí. En el caso de los familiares/tutores que tengan que hacer ingresos periódicamente cuando los familiares reciben el 100 % de la pensión es muy difícil que cumplan. Hay que hacerles más presión.

VALORACIÓN DE LOS GRUPOS DE TRABAJO

Al inicio del proceso se apreció una tendencia a redactar una nueva carta, favorecida seguramente por la confusión que pudo provocar la carta de Derechos y Deberes de otras instituciones (SCS, por ejemplo).

Asimismo, el miedo inicial ante la carta como posible instrumento de exigencia o control se pudo diluir a medida que avanzaban las discusiones.

En general las diferencias entre los servicios son más de matiz que de fondo y vienen consideradas por la atención a usuarios con grados diferentes de competencia o incapacidad.

Las actitudes de reconsiderar y revisar ganaron peso en el proceso a pesar que algunos derechos pudieran suscitar actitudes más defensivas, como por ejemplo, el cambio de terapeuta.

El proceso de reflexión sobre el trabajo diario da pie a la aparición de nuevas preguntas que hacen más compleja la asistencia, en una línea de una nueva cultura asistencial, más basada en la relación de servicio y confianza que en una relación de defensa.

A menudo se detecta sensación de impotencia en el cumplimiento de algunos deberes, en especial con los pacientes más discapacitados, ya que la falta de cumplimiento disminuye la dignidad y calidad de vida de estos usuarios, nos referimos a algunos deberes de las familias, ya que los deberes de la Carta de Derechos y Deberes se entienden en general no como reglamento sino como filosofía de asistencia desde la autonomía máxima posible.

Conseguir los objetivos iniciales supondrá nuevas acciones, seguimiento y evaluación periódicas.

COMENTARIOS FINALES DE LA COMISIÓN DE TRABAJO

DOCUMENTOS

Durante el proceso descrito, se encargó a los representantes de cada equipo que elaborasen un resumen de la reflexión y el trabajo llevado a cabo, en el propio equipo, así como un comentario sobre la participación y el interés que ha despertado la Carta de Derechos y Deberes.

Los equipos que nos han hecho llegar el documento son:

- CSM Cornellà.
- CSM El Prat.
- Unidad de Agudos.
- CD Cerdanyola.
- CD Cornellà i Viladecans.
- Hospital de Día.
- Unidad de Disminuidos, San Agustín y San Isidro.
- Unidad de Psicogeriatría, San Juan Grande.
- Rehabilitación Central.
- Voluntariado.

(los originales se encuentran en el archivo central de la Carta de Derechos y Deberes)

Algunos documentos todavía están en proceso de elaboración y diversos equipos nos han transmitido la información verbalmente.

Recogemos, a continuación, las ideas más destacadas de los documentos, así como también aquellas que, aún con la diversificación de los servicios institucionales, existe una coincidencia de temas.

- Un número importante de servicios destacan un interés y una participación activa por parte de los profesionales en la reflexión.
- Desde los servicios externos se propone la posibilidad del diseño de dos Cartas de Derechos y Deberes diferenciadas:
 - Carta para pacientes hospitalizados.
 - Carta para pacientes ambulatorios.Creen que así los contenidos se adaptarían mejor a las diferentes situaciones de los pacientes.
- Los problemas de infraestructura se repiten sin excepciones, tanto en todos los documentos como en la información verbal, aunque se plantee una evolución hacia la autocrítica y no se viven estas limitaciones como una razón por el inmovilismo.
- Uno de los temas que quedan como más indefinidos y que casi todos los equipos subrayan es la falta de normativa de aplicación cuando se produce

el incumplimiento de los Deberes. Los profesionales creen que la Institución debería definirse en esta cuestión y dar unas directrices, teniendo en cuenta siempre el caso concreto y la excepción, así como la competencia/incompetencia del paciente.

- Referente al trato directo con los pacientes se hacen una serie de reflexiones y propuestas:
 - Debería mejorarse la comunicación entre los pacientes y los profesionales (equipos hospitalarios).
 - Necesidad de flexibilizar los horarios de atención y de visitas de los familiares.
 - Necesidad de tutorías más efectivas de los pacientes sin familia por parte de la Institución.
- Una cuestión que, aún y ser muy concreta, aparece de forma repetida es la utilización de las historias clínicas por el colectivo de alumnos de prácticas (en progresivo aumento en la Institución) y el problema que puede comportar a nivel de la confidencialidad de la información.

COMENTARIOS DE LA COMISIÓN SOBRE ASPECTOS MÁS RELEVANTES

Durante el proceso, la asistencia de los representantes de las unidades a los grupos de trabajo ha sido, en general, irregular (justificaciones de ausencias, cambio de personas, etc.) a pesar de todo, hemos podido notar como las reflexiones iban progresando. Con el paso del tiempo, se ganaba en profundidad y sentido de realidad. También se tuvo presente una mayor fluidez en las comunicaciones, más distendidas y naturales.

Los diferentes estilos de trabajo de los equipos se hicieron evidentes: unos equipos, los más, profundizaron mucho los temas dando a su reflexión un cariz de proceso en el tiempo, como si fuera un trabajo siempre abierto. Otros, la minoría, tenían más tendencia a dar respuestas con perfiles de conclusión, como quien acaba con un encargo recibido.

Por otra parte, se reconoce, dentro de la dinámica general, como unos equipos se encuentran más cercanos, en su práctica de trabajo, en la Carta de Derechos y Deberes que otros. Es decir, que unos tienen posibilidades de incorporar los contenidos con más espontaneidad, sin tener que superar tradiciones culturales arraigadas históricamente.

En todos los casos, la comisión, encontramos oportuno respetar siempre los ritmos de cada uno, teniendo en cuenta la variada gama de situaciones como es el conjunto de servicios de nuestra Institución, con objetivos y necesidades tan diferentes.

La capacidad de autocrítica del profesional se manifestó alta. Aunque, genéricamente, estas reflexiones sobre los Derechos y Deberes de los

usuarios, más bien se revisten de una manera de ser defensiva (sobre todo al principio), en nuestro trabajo pero, tenemos que comprobar como se llegó a hacer referencias directas a las propias actitudes de los profesionales y a la necesidad de hacer cambios para mejorar aspectos concretos.

Cuando se trata de hacer cumplir deberes, sobre todo con alteraciones graves de conducta, se encuentran más dificultades porque faltan recursos «de obligación» real que lo hagan posible ante las negativas. También se ha reconocido que tenemos poca tradición cultural en esta materia y que, a veces, se impone un cierto pesimismo de «no hay nada que hacer». Así mismo, se asegura que las respuestas de muchos usuarios se modifican según sea el planteamiento que se les hace de sus obligaciones. En este sentido se ponen de ejemplo el comportamiento de usuarios que tienen alguna dependencia del juez, con obligación de asistencia a un Centro de Día... cumplen bastante bien...

La instalación de buzones de reclamaciones y sugerencias, que se ha hecho durante el período de tiempo que realizaban este trabajo, nos ha demostrado que, al cabo de un tiempo, se relajan las actitudes defensivas que provocaron su instalación. Ya en la actualidad se tienen incorporadas como una realidad más de la organización.

Una cosa importante es haber llegado a verbalizar (reconocer) que no tenemos respuestas para todas las preguntas que nos podemos hacer, pero que no por eso hemos de dejar de actuar hasta donde nos sea posible.

Otro aspecto a destacar se refiere a las ideas «tópicas», que, a veces, se convierten en auténticas rémoras para la correcta actuación. Por ejemplo: «La familia es siempre patológica».

Un peligro detectado: la distancia establecida entre la aceptación teórica de todo el contenido de la Carta de Derechos y Deberes, que nadie discute, y la aplicación práctica, que siempre puede excusarse y que, de hecho, en muchos momentos, se excusa.

Un deseo expresado es que estas reflexiones que se han hecho de manera «extraordinaria», mediante este proceso organizado, se pudiesen hacer más habituales y «normales» en los espacios naturales de los equipos: valoración de casos prácticos; aspectos parciales «sobre la marcha», etc... Pues creemos que los Derechos y Deberes como cultura todavía no puede darse como consolidada.

En algunos momentos también se han planteado dificultades de contraposición de valores. Por ejemplo: en los casos de anorexias, el Derecho y el Deber de tener que informar a la familia y la negativa del paciente. Casos como este sugieren la posibilidad de abrir espacios de debate y, quizás, de alguna sesión clínica.

ACCIONES PREVISTAS

Para poder alcanzar de forma exitosa el cambio de cultura y los objetivos de implantación de la Carta de Derechos y Deberes creemos que se tiene que continuar con el proceso que se ha puesto en marcha, realizando dos reuniones anuales que hemos consensuado con los representantes de los equipos. También se ha abierto la posibilidad que la función de representación del equipo pueda ser rotatoria entre los diferentes profesionales.

En este momento del proceso pensamos que sería adecuado tener un primer contacto con los servicios no asistenciales de la Institución y si se cree conveniente abrir un espacio de debate o un grupo de trabajo, dado que los profesionales de estos servicios tienen, por su propia labor, una proximidad habitual con los pacientes.

Respecto a los objetivos (pág. 3) que nos planteamos en el inicio del proceso valoramos que:

Los tres primeros objetivos (*a, b i c*) que hacen referencia a la sensibilización y participación han sido alcanzados satisfactoriamente.

Por lo que respecta a conseguir compromisos escritos de las Unidades (objetivo *d*), aunque estrictamente no se han realizado, sí que se han definido bastantes cuestiones en los documentos escritos y en las diferentes aportaciones de los grupos de trabajo.

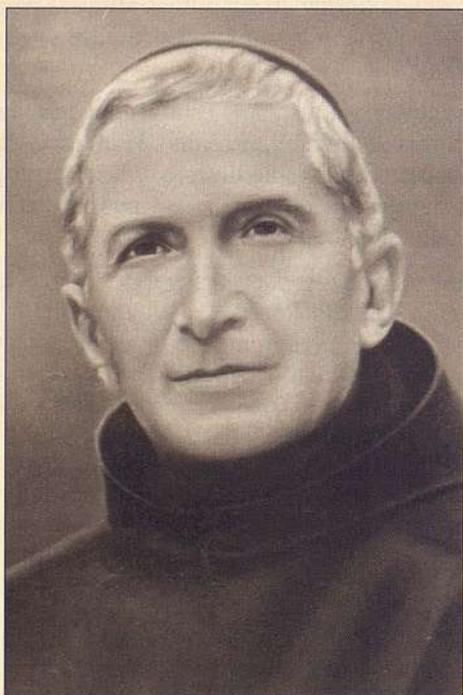
Las medidas a plantear en la Junta de Gobierno (objetivo *e*) no han sido formalizadas ni concretadas pero sí se han hecho bastantes referencias, entre otras, a problemas de infraestructura.

El consenso de interpretación de los Derechos y Deberes de los diferentes niveles asistenciales (objetivo *f*) se ha planteado y se ha trabajado, pero ha sido difícil conseguirlo. Asimismo, en las próximas reuniones se continuará en esta línea de trabajo.

En el conjunto del proceso han aparecido diversos aspectos (ideas, emociones, dificultades...) que han hecho que se trabajen muchas cosas que no se habían previsto aportando, por otro lado, riqueza al debate.

Por tanto, aunque los objetivos iniciales no se han conseguido completamente el balance final nos parece que puede valorarse positivamente.

BENITO MENNI será Canonizado el 21 de noviembre en Roma



Peregrinación oficial a Roma

- Viaje 1 (avión): del 20 al 22 de noviembre.
- Viaje 2 (avión): del 19 al 22 de noviembre.
- Viaje 3 (avión): del 19 al 23 de noviembre.
- Viaje 4 (avión): del 16 al 23 de noviembre.
- Viaje 5 (autocar): del 17 al 27 de noviembre.

Información y reservas

En todos los centros de los Hermanos de San Juan de Dios y de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús.

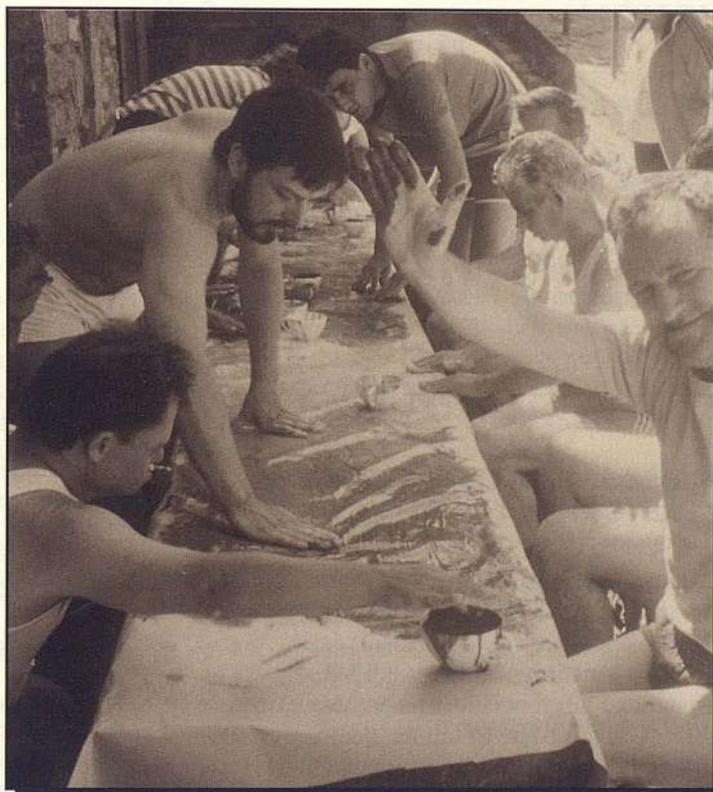
Información general

Tels. 639 35 24 91 / 639 35 24 98

La atención pastoral del enfermo mental desde una visión integral e integradora de la asistencia

HNO. RICARDO DASÍ

*Responsable de Pastoral
de Sant Joan de Déu-
Serveis de Salut Mental,
Sant Boi de Llobregat (Barcelona)*



No resulta nada fácil articular una pastoral del enfermo mental. A los problemas comunes a toda la pastoral, hay que sumar aquí los propios de un destinatario tan específico como particular.

Abordar la misma con pretensión de no incrementar su patología -el hecho religioso puede acentuar la misma- en un primer momento, sino de colaborar en su proceso de salud -también ese mismo

hecho puede resultar altamente sanador, exige un conocimiento básico del mundo de la salud mental, así como la necesidad de un trabajo interdisciplinar con los otros profesionales que contribuyen en su terapéutica.

El hermano Ricardo Dasí, desde su experiencia al frente del Servicio de Pastoral de un gran centro de salud mental, puede ayudarnos a intuir algunas de las claves por las que se puede acceder a esta misión pastoral.

INTRODUCCIÓN

PRETENSIÓN DE LA PONENCIA

Esta aportación, dentro de los límites de la realidad, tanto interna como externa, en cuanto a tiempo, organización... pretende ser una aportación reflexiva y abierta, desde la praxis clínica, que nos ayude a considerar la atención de las vivencias religiosas en la persona enferma, dentro del ámbito asistencial, por profesionales cualificados y competentes, integrados en el equipo multidisciplinar.

UBICACIÓN DEL SERVICIO DE RELACIÓN DE AYUDA PASTORAL

La institución de asistencia psiquiátrica *Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental*, de Sant Boi de Llobregat, perteneciente a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, constituye en la actualidad, un complejo asistencial diferenciado, que en concierto con la Generalitat (Gobierno) de Cataluña, presta atención psiquiátrica en los tres niveles asistenciales: primario, secundario y terciario, en una zona geodemográfica de unos 900.000 habitantes, correspondientes a una comarca (unidad territorial en Cataluña) y dos distritos de la ciudad de Barcelona.

Este circuito asistencial, suficientemente coordinado, fue la concreción de una propuesta superadora de viejos enfrentamientos entre la psiquiatría hospitalaria y la realizada en la comunidad. Se pretende que esta manera de entender la asistencia, sea como un espacio polifacético, donde los distintos equipos técnicos intervienen en su momento oportuno, en el proceso del enfermar del individuo, acercándose a él, y devolviéndole, cuando esto sea posible a su comunidad natural de referencia...

Nuestra Institución trabaja desde una organización en equipos terapéuticos multidisciplinares, específicos para cada espacio asistencial, teniendo como referencia teórica, «el modelo relacional», y desde el que se intenta comprender al hombre, en su salud y en su patología psíquica, como un ser vincular, en relación con su mundo interno, biológico, socio-familiar y espiritual... Aquí se encuadra nuestro servicio Religioso-Pastoral, como un instrumento más dentro de los recursos asistenciales con que cuenta el Hospital para llevar a cabo la asistencia, que se plantea desde una concepción integral e integradora de la misma.

La reforma humanizadora de la asistencia que se presta en los hospitales psiquiátricos es una tarea ardua, que requiere empeño, constancia y medios, con los que no siempre contamos... ¿Qué duda cabe de los logros que hemos venido teniendo?... El hospital, en cuanto a su estructura física y arquitectónica, está en un proceso visible de cambio; el confort y la funcionalidad entran a formar parte de los elementos que consideramos humanizadores... Pero entendemos que la superación de las viejas y obsoletas estructuras manicomiales, en realidad, asilares y custodiales, sólo será posible a través de un cambio de actitudes profesionales; de un cambio de los encargos que la colectividad viene demandando a las instituciones psiquiátricas (encargo social, la mayoría de las veces dirigido a la ocultación y a la consiguiente marginación del conflicto), y a la par, de un cambio en las alianzas que estas instituciones establecen con dicho encargo.

La atención que presta nuestra institución, dividida en los siguientes servicios:

SERVICIOS COMUNITARIOS

Centros de Salud Mental (adultos)

- **CSM «Cornellà»**
Área de cobertura: Cornellà, Esplugues, Sant Joan Despí y Sant Just Desvern. *Población adulta:* 119.822 habitantes.
- **CSM «El Prat»**
Área de cobertura: El Prat de Llobregat. *Población adulta:* 45.153 habitantes.
- **CSM «Gavà»**
Área de cobertura: Begues, Castelldefels, Gavà, Sant Climent de Llobregat y Viladecans. *Población adulta:* 84.826 habitantes.
- **CSM «Ciutat Vella»**
Área de cobertura: Distrito núm. 1 de Barcelona. *Población adulta:* 72.037 habitantes.
- **CSM «Cerdanyola-Ripollet-Montcada i Reixac»**
Área de cobertura: Cerdanyola, Ripollet y Montcada i Reixac. *Población adulta:* 72.226 habitantes.

Centros de día

- **Centro de día «Cornellà»**
Área de cobertura: Cornellà, Esplugues, Sant Joan Despí y Sant Just Desvern. Población adulta: 119.822 habitantes.
- **Centro de día «Viladecans»**
Área de cobertura: Begues, Castelldefels, El Prat de Llobregat, Gavà, Sant Climent de Llobregat y Viladecans. Población adulta: 129.979 habitantes.
- **Centro de día «Cerdanyola»**
Área de cobertura: Cerdanyola, Ripollet y Montcada i Reixac. Población adulta: 89.852 habitantes.
- **Centro de día «Ciutat Vella»**
Área de cobertura: Distrito núm. 1 de Barcelona. Población adulta: 72.037 habitantes.

Pisos protegidos

- 2 pisos en Cornellà (8 plazas).
- 2 pisos en Viladecans (8 plazas).

Centro ocupacional Sant Jordi: 80 plazas

Hospital de día. Consta de 40 plazas.

- **Hospital de día «Torre de la Creu»**
Área de cobertura: Sectores d'Anoia, Alt Penedès/Garraf, Cornellà, Gavà/El Prat/Sant Boi, Martorell/Sant Feliu, Cerdanyola/Ripollet/Montcada i Reixac/Badia del Vallès, Rubí/Sant Cugat, Sabadell, Terrassa. Población adulta: 938.883 habitantes.

SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

Servicio de urgencias y admisiones

- **Unidad de agudos:**
Área de cobertura: Sectores de Cornellà, Gavà/El Prat, Cerdanyola/Ripollet/Montcada/Badia del Vallès, Ciutat Vella y Sants/Montjuïc. Población adulta: 554.365 habitantes.
Camas: Hombres: 35. Mujeres: 28.
- **Unidad de subagudos**
Área de cobertura: Sectores de Cornellà, Gavà/El Prat, Cerdanyola/Ripollet/Montcada/Badia, Ciutat Vella, Sants-Montjuïc, Horta-Guinardó y Sant Martí.
Población adulta: 889.044 habitantes.
Camas: Hombres: 34. Mujeres: 29.
- **Unidad de media y larga estancia**
Área de cobertura: La misma que la Unidad de subagudos.
San Rafael: Hombres: 38. Mujeres: 38.
Cristo Rey: Hombres: 72.
Beato Benito Menni: Hombres: 132.

- **Área de disminuidos psíquicos**
San Agustín: Hombres: 90.
San Isidro: Hombres: 26.
San Ricardo Pampuri: Hombres: 30.
Santa Ana: Hombres: 21. Mujeres: 9.
- **Área de psicogeriatría**
San Juan Grande: Hombres: 74. Mujeres: 21.
Santo Ángel: Hombres: 30.
- **Servicios asistenciales centrales**
Enfermería somática: 23 plazas.
Servicio de rehabilitación central.

La atención pastoral se presta de manera diferenciada, organizada y evaluada con el coordinador pastoral de cada una de los servicios asistenciales, que a la vez es miembro de dicho equipo Pastoral. El equipo está constituido actualmente por:

Equipo Pastoral

- 1 Jefe de Servicio Sacerdote
- 1 Coordinador de U. R. R. Médico psiquiatra
- 1 Coordinador de U. T. H. Psicólogo
- 1 Coordinador de Deficientes Mentales. Asistente social
- 1 Coordinador de Psico-geriatría Auxiliar psiquiatra
- 1 Coordinador de Cuidados Especiales. A.T.S.
- 2 Hermanos de la Comunidad
de religiosos que vive en el hospital
- 1 Hermano a dedicación completa

POSICIONAMIENTO

A la hora de acercarnos, preocuparnos y ocuparnos de la persona, lo vamos a hacer iluminados por el modelo configurativo que tenemos de la persona.

El Modelo antropológico del que partimos, es considerar a la persona como una realidad plural, constituida por las dimensiones: somática, psíquica, social y espiritual.

La **somática** es el vehículo que nos pone en contacto con el mundo exterior, y que nos interacciona con el mundo interior. No somos ni existimos sin cuerpo. La actitud que se ha tenido ante esta dimensión constitutiva de la persona, ha ido variando a través de las distintas épocas. Ha ido desde una concepción más platónica, en la que se le concebía como cárcel; pasando por una concepción cristiana, en la que el valor del cuerpo era ambiguo, siendo a la vez peligro y valor; y hasta llegar a una concepción actual más hedonista, en la que se absolutiza el cuerpo.

La **psíquica** constituye todo el mundo del intelecto, de los sentimientos y las emociones. Es donde se condensa gran parte de la energía existencial.

- Somática. • Social.
- Psíquica. • Espiritual.

La **social** está constituida por el conjunto de nuestras relaciones interpersonales.

La **espiritual** ocupa el mundo de los valores trascendentes y a la vez tan íntimos e inmanentes, que forman parte del núcleo de la identidad de la persona.

Las cuatro son necesarias, constitutivas y esenciales en la persona humana. Están interrelacionadas hasta el punto que cualquier disfunción que se produzca en alguna de ellas, a la hora de plantearnos la asistencia desde una concepción integral de la misma, deben estar todas ellas contempladas y asistidas por profesionales cualificados y competentes. De esta manera el equipo interdisciplinar en Salud Mental deberá estar constituido por representantes de: la Psiquiatría, la Psicología, Enfermería, Trabajo Social y Pastoral. Esto, en el intento de acercarnos a la persona enferma, desde una concepción integral e integradora de la asistencia.

ACERCAMIENTO A LA PERSONA ENFERMA, DESDE UNA CONCEPCIÓN INTEGRAL DE LA ASISTENCIA

El proceso de enfermar, constituye una situación crítica para el equilibrio armónico existencial del ser humano. Se trata, como decimos, de un proceso de cambios y adaptaciones dinámicas peculiares, la mayoría de las cuales se producen siempre en términos inconscientes. Desde una perspectiva psicodinámica, la enfermedad comporta siempre un movimiento de regresión, y pone en juego sentimientos y conductas marcadas por características infantiles e inmaduras. Todo proceso de regresión sitúa de nuevo en primer plano la reactividad de la ambivalencia. Los sentimientos de amor y odio referidos al objeto provocan el temor de su pérdida, la confirmación de la propia agresividad.

Frente a tales sentimientos y fantasías, el objeto, finalmente, pondría en juego toda su capacidad de defensa, utilizando los propios síntomas de acuerdo con su propia estructura mental, con su experiencia e idiosincrasia. Así vemos formas de reacción agresivas, paranoides, profundamente depresivas e invalidantes, confusionales, etc.

Es entonces cuando se produce el encuentro del paciente con el profesional, o el equipo asistencial. En esa relación, el paciente deposita una serie de productos densamente cargados emocionalmente y espera del otro, algún modo de reconocimiento de su enfermedad o de sí mismo como persona

enferma. Frente a ello, la primera de las funciones de los profesionales, y quizás la primordial a lo largo de todo el proceso, es la tarea de escuchar y de acoger respetuosamente todo lo que le presenta la persona enferma.

Por otra parte, una cierta pérdida de lo que podríamos llamar la capacidad autocurativa de las comunidades desarrolladas, a través de los mecanismos sociales implícitos —no tecnificados—, ha podido influir en que cada vez más, la población deposite en los técnicos sanitarios problemáticas de tipo social o psicológica inespecíficas.

La escucha integral debe, en primer lugar, devolver al paciente de forma conveniente y adecuada, su propio discurso, esto es, participarle acerca de su propia responsabilidad en las dificultades y en su resolución; y ello incluyendo tanto las de tipo psico-social como las somáticas y como las espirituales. Esta respuesta, contraria en cierto modo a la actitud de dependencia extrema con la que a veces se presenta el paciente, y contraria (en simetría a la anterior) a la tentación omnipotente del terapeuta, es sin embargo, una respuesta humanizadora. Pero si entendemos que dicha respuesta comporta siempre la capacidad de intervenir técnicamente, entonces los conocimientos teóricos y prácticos provenientes del campo de la psicología, de las ciencias sociales, de la antropología o de la teología, deberán formar parte del quehacer terapéutico.

En psiquiatría, una intervención integral e integrada significa que los diversos miembros del equipo terapéutico deben aportar, en condiciones de igualdad, sus conocimientos específicos y sus habilidades concretas en la tarea de la cura. Y que por consiguiente, deben determinar estratégicamente y de manera unitaria, el conjunto coherente de dichas aportaciones en la relación asistencial.

EL HECHO RELIGIOSO

A la hora de abordar este tema, sería fácil dejarse llevar por procedimientos extremistas y reaccionarios, fruto de posturas defensivas, que todavía hoy, cuando en nuestra cultura se proclama como valor la tolerancia, se dan con excesiva frecuencia.

Nosotros abogamos por ser cautos y prudentes, intentando un acercamiento a la persona de nuestros pacientes desde la realidad que ellos mismos presentan, y no tanto desde posiciones nuestras, tomadas apriorísticamente... Ante el hecho religioso se pueden dar diversas posturas: en un extremo estarían los que afirman que en sí es patológico; y en el otro extremo estarían los que afirman que es imposible

llegar a la madurez de la personalidad sin componente religioso.

Ante estas posturas, nosotros preferimos plantearnos las mismas cuestiones, pero como interrogantes, dispuestos a avanzar incorporando cuantos elementos nos sean válidos, de las aportaciones que presenten las diversas tendencias.

GÉNESIS DEL OBJETO MENTAL, DIOS, EN CONCOMITANCIA CON EL PROCESO DE MADURACIÓN PSICOLÓGICA

Los mecanismos de aprendizaje y de maduración psicológica van a ser los canales o las vías que la persona usará para tramitar todas sus experiencias, y para tomar conciencia de su realidad constitutiva e incorporada. Así, el proceso de toma de conciencia y de maduración en su realidad espiritual, será concomitante al proceso psicológico de la relación objetual, hasta el punto, que ésta condicionará notablemente la futura experiencia religiosa del individuo.

La experiencia de Dios en el niño, está relacionada con las primeras relaciones del objeto, y evoluciona juntamente con las representaciones mentales que el individuo tiene de los otros, del mundo y de sí mismo.

Relación objetual con la madre

- **Previamente** al nacimiento se vive en un estado de plenitud, de protección plena, fusional, en el seno uterino.
- Acontece el **trauma del nacimiento** y con él llegan las primeras frustraciones, por la frustración inmediata de sus necesidades, proyectadas en forma de impulsos destructivos, procedentes de impulso de muerte, hacia el objeto externo, madre, el cual es sentido como perseguidor y agresivo. Cuanta mayor fuerza agresiva deposita el niño hacia el objeto, más perseguido y atacado se siente por éste.
- **Posición esquizo-paranoide.** La relación con el objeto se siente como culpable de todas las frustraciones de sus necesidades, y por lo tanto, destinatario de toda la agresividad de que es capaz pulsionalmente en estos momentos, es fundamentalmente parcial, por la incapacidad que se tiene de incorporar a la madre como objeto total.

Asimismo, las experiencias de satisfacción de sus necesidades, estimulan en el niño los impulsos libidinales direccionados hacia el objeto nutritivo o beneficioso, de esta manera el mismo objeto es sentido como bueno cuando gratifica, y como malo, cuando es experimentado como frustrante, al margen del comportamiento real de la madre.

A través del primitivo mecanismo de la escisión, tanto dentro de sí mismo como en la relación con el objeto bueno y objeto malo. De esta manera el niño podrá proyectar sus impulsos amorosos vinculándolos al objeto bueno, y también proyectar sus impulsos agresivos contra el objeto malo. Asimismo coexistirá el proceso de introyección, por el que el niño irá internalizando estos dos objetivos, integrando el objeto de Super-yo. En este momento nos hallamos adentrándonos a la

- **Posición depresiva** la cual se caracteriza porque los objetos buenos y malos, amados y odiados, se integran. Es considerada por M. Klein, como la posición central del desarrollo infantil.

Cuando el niño se interproyecta a su objeto, como un todo, es capaz de sentir que éste ha sido atacado y destruido por la agresividad de sus descargas impulsivas dirigidas con él en su fantasía. A la vez, con la incorporación del objeto amado, siente que éste también queda dañado y destruido, dada la importancia de los impulsos sádico-orales presentes en este período. Por todo esto, el niño vivencia la pérdida del objeto amado, de quien depende, lo que dará lugar a la ansiedad depresiva y a los sentimientos de culpa que caracterizan a esta posición.

El mecanismo defensivo de disociación permanece presente contra la ansiedad, lo que divide al objeto: en vivo, y en dañado o muerto. Asimismo, el yo experimenta un proceso de integración similar al del objeto, de manera que el conflicto establecido entre el amor y el odio queda intensificado, con lo cual, los ataques direccionados al objeto, son también sentido contra el objeto externo, con lo que el niño necesitará la presencia de la madre real para solucionar el conflicto, comprobando que no ha sido muerta por los ataques de su fantasía agresiva. Asimismo, cualquier ataque o destrucción del objeto externo, se siente como lesionador también, del objeto interno.

El dinamismo que se establece en esta posición y los sentimientos de culpa que aparecen por el temor de haber destruido el objeto amado, dan lugar a la aparición de los impulsos de reparación, que tendrá suma importancia para la superación de las ansiedades persecutorias y depresivas, y para establecer una relación exitosa y amorosa con los objetos internalizados.

Relación objetual con Dios

- **Previamente.** El espacio genuino, primitivo y profundo, donde se ubica la experiencia espiritual¹

1. Algunos autores lo llaman experiencia religiosa. Yo prefiero llamarla espiritual, como indicador más amplio y fundamental.

es el inconsciente, así hablaremos de un inconsciente pulsional y un inconsciente espiritual, como energía existencial². No como dos inconscientes escindidos, sino como un solo inconsciente integrado por estas dos energías existenciales.

Cuando el individuo no ha experimentado ningún tipo de relación ni frustración con ningún objeto externo, su situación es plenitud. No está contaminado por ningún tipo de experiencia externa. Vive en un estado de plenitud, de protección plena y fusional. ¿Se puede decir que en este momento ya hay contenido mental? ¿Se puede afirmar que ya hay alguna manera objeto, pero que no está incorporado porque falta el proceso diferenciador? A este contenido, de acuerdo con la teoría kleiniana, es lo que se llamaría Objeto Protomental³, lo cual nos serviría también para el contenido espiritual.

- Pero acontece el **trauma del nacimiento** y el niño cae en este mundo, como el astronauta en el vacío del espacio. Aparecen las primeras experiencias de relación con objetos externos, a partir de las frustraciones por la privación de sus necesidades.

- En la **posición esquizo-paranoide** el objeto por antonomasia, hacia el cual proyecta el niño toda su energía y desde el cual se vivencia a sí mismo, es la madre. Lo que caracteriza esta posición es la relación agresiva y ambivalente contra el objeto, el cual es sentido como persecuidor y amenazante, a la vez que las experiencias satisfactorias estimulan y direccionan hacia el objeto externo impulsos libidinales, que hacen que sea vivido como *bueno*, beneficioso, acogedor, protector...

Por la indiferenciación entre los objetos internos y externos, en esta posición, la relación con el objeto mental, Dios, es agresiva, a la vez que gratificante. A Dios se le vive tanto como persecuidor y castigador, como gratificante, bueno, todopoderoso. Esto, traducido a la experiencia religiosa posterior, si se está anclado en esta fase, la relación con la imagen que se tendrá de Dios, será persecutoria, justiciera, castigadora, proyectada en un demonio (el otro Dios), a la vez que paternalista, englobante, salvadora.

En esta posición, la relación con Dios es fluctuante, ambivalente, poco incorporada. Si se pudiera, se atacaría... Una defensa básica contra la ansiedad persecutoria de índole esquizo-paranoide, es la **idealización**. Cuando hay mucha ansiedad

persecutoria, se refuerza cada vez la idealización: el objeto bueno se hace más y más ideal, y además se le ha de poner cada vez más lejos, fuera del alcance de los objetos malos, fuera del peligro de ser destruido o absorbido por la maldad o por el caos.

- **Posición depresiva.** En esta posición, la relación escindida, ambivalente y contradictoria con el objeto mental, Dios, se integra como un todo. Se experimenta que el objeto, Dios, ha sido lesionado y destruido por los impulsos agresivos dirigidos contra él en sus fantasías. Por otra parte vive el objeto bueno internalizado, también dañado, además por la misma incorporación (impulsos sádico-orales, tan manifiestos en esta posición), lo que hace que aparezcan los sentimientos de culpa consecuentes, por haber destruido al objeto amado. Todo esto da lugar a entrar en juego los impulsos de reparación.

El niño va seleccionando, escindiendo. Todo lo bueno lo idealiza e intenta incorporar; lo malo lo intenta destruir y echar fuera. Necesita el contraste del contacto con la realidad a través del objeto externo, Dios, lo que le hace descansar, ayudar a reparar y a crecer en confianza.

En esta posición se va aceptando la frustración de los límites (pecado, mal...). Si se elabora, se madura más realmente, y la relación con el objeto mental, Dios, resultará más real y menos exigente.

Conclusión

La percepción del mundo está coloreada por la ansiedad fundamental que preside la relación del niño con él. Cuando la ansiedad es esquizoparanoide, la posición del niño es egocéntrica y tiende a cerrarse sobre sí mismo. Cuando es depresiva, la posición es centrípeta y abierta, quizás no siempre y obligatoriamente culpable, sino también esperanzada, en busca de un objeto ideal, que ponga orden en el caos, que alivie los temores, que guíe hacia la recuperación de la experiencia prenatal de bienestar y de bondad. Para los psicoanalistas, será la búsqueda esperanzada de *pecho bueno*, de la *madre buena*, del *padre protector*, de la unión madre-niño. Para la teología será la búsqueda esperanzada de Dios, de la bondad suprema y del estado perdido de *bienaventuranza*, que psicológicamente sería el estado de indiferenciación fusional con la madre.

El proceso de diferenciación (nacimiento mental), es siempre difícil, doloroso, lleno de frustraciones, de renunciaciones y de encuentros-experiencias con la maldad, la decepción y la desventura, cuando se buscaba la bondad, la esperanza y la ventura. Así se va consolidando la disociación inicial (proveniente de la duplicidad de los instintos o pulsiones, según Freud y Klein), de un mundo externo e interno poblado

Religiosa haría más referencia a expresiones concretas a través de formas relacionadas con la cultura de las diferentes épocas y pueblos.

2. Frankl, V.: *La presencia ignorada de Dios* (Psicoterapia y Religión). Herder. Barcelona.

3. Objeto protomental: Objeto de la fantasía inconsciente. Es el supuesto componente mental que acompaña a la pulsión previo a la experiencia.

de objetos buenos y malos. (Esto en su traducción teológica sería la dualidad entre el principio del bien y del mal, entre Dios y el demonio, la que pone orden en el caos inicial indiferenciado).

El hecho religioso, psicológicamente hablando, podemos decir que es: «La vivencia de una instancia que trasciende, pero que a la vez, está íntimamente presente en la persona». Y la experiencia religiosa, será la relación con esta instancia trascendente, a la vez que inmanente en la propia persona y en su historia.

Se da una concomitancia entre la evolución en el proceso de maduración personal-mental, y la maduración en la relación con el objeto mental, Dios... ¿Se podría afirmar que este proceso es común a la experiencia de toda la persona?... Yo aquí afirmaré que el hecho religioso, el objeto mental, Dios, es común a toda la experiencia humana, lo diferencial estaría en la fe, como acto fundamental de respuesta libre, de asentimiento, de afirmación, de vinculación, de creencia en Dios.

El hecho religioso, como experiencia humana, es susceptible y está al alcance de distorsiones y de patologías que tendrán su expresión tanto en el mundo religioso, como en el de lo psicológico, asimismo como en el relacional, e incluso en el de lo somático. Lo importante, como veremos después, es que seamos capaces de diagnosticar y de ofertar instrumentos de ayuda para canalizar toda experiencia humana hacia la salud... hacia la liberación.

NECESIDAD DEL DIAGNÓSTICO EN LA RELACIÓN CON EL OBJETO MENTAL, DIOS

Parece que no costaría mucho el ponernos de acuerdo en aceptar el proceso de la relación objetual como experiencia común en todas las personas, pero depende de cómo se evolucione en estas posiciones, para que posteriormente, hagan su aparición, cuando el individuo se tenga que enfrentar a conflictos que le superen en su capacidad actual para tramitarlos. Así, en los momentos críticos de la vida, hacen aparición aquellos aspectos que quedaron sin solucionar, como un retén que puede llegar, y de hecho llega, a distorsionar gravemente el contacto con la realidad.

Dada la unidad y la implicación que existe entre todas las dimensiones que integran la realidad de la persona humana (antes las hemos definido como somática, psíquica, social y espiritual), cuando alguna de estas entra en disfunción, todas las demás quedan afectadas; pero de modo especialmente implicadas, se suelen manifestar la psicológica y la religiosa. Hasta tal punto, que a veces suele ser difícil un abordaje correctamente

diferenciado; de ahí la gran importancia que sentimos de ir incorporando en nuestro quehacer profesional, elementos que nos ayuden a diagnosticar cuando el hecho religioso está al servicio de la patología y cuando está al servicio de la salud.

La vivencia espiritual de los enfermos mentales, como en todas las personas, se manifiesta externamente a través de comportamientos observables; a través de actitudes y de respuestas, que aun pudiéndose registrar a niveles psicológicos, nos damos cuenta de que éstos no agotan todo su alcance. Nos damos cuenta de que necesitamos buscar otros registros complementarios, pero más adecuados, que nos ayuden a leer y a comprender el significado profundo de la relación del hombre con el objeto mental, Dios. Asimismo para situarnos correctamente en el diagnóstico de:

- Qué aspectos de la vida espiritual del paciente son rescatables como *sanos* y por tanto, como fuente de salud.
- Qué aspectos de la vida espiritual del paciente están distorsionados y por lo tanto son fuente de patología.
- ¿Cómo ayudar a reconducir la experiencia de relación con el objeto mental, Dios, tanto en el primero como en el segundo de los casos?

Sin pretender abarcar todas las posibilidades de la vivencia religioso-espiritual del enfermo mental, pero a la vez intentando ser fiel a la observación a partir de la praxis de la intervención pastoral cotidiana, y de acuerdo con lo escrito ya hace unos años por un colega⁴, podemos decir que en el enfermo mental se pueden dar cuatro posibilidades de vivencia religiosa⁵ y a cada una de ellas requeriría una intervención profesional, diferenciada y adecuada:

- Hay casos en los que observamos que, aun habiendo un claro y bien diagnosticado trastorno mental, la vida religiosa de la persona queda *preservada*. Permanece inalterada, aunque sí enmascarada por la patología mental. En nuestra práctica clínica, muchas veces quedamos sorprendidos al constatar que algunos enfermos de expresión incoherente, manifiestan una notable lucidez, cuando entramos en sintonía a partir de su experiencia vivencial con Dios.
- Puede ocurrir también, que la vivencia espiritual, no sólo esté recubierta por la enfermedad, sino más bien *hipertrofiada*. En estos casos pierde su papel saludable de síntesis y tiende a invadir pulsionalmente al campo psíquico, manifestándose bien desde una escrupulosidad pecaminosa, o bien desde una fanfarronería triunfalista y apartada de la realidad.

4. Piles, P.: *¿El enfermo mental es capaz de una vida religiosa?*, de la revista LABOR HOSPITALARIA.

5. Es una manera de dividir, para identificar. Otra podría ser por su vivencia según patología psicológica, etc.

- No obstante, quizás la distorsión más frecuente de la vivencia religiosa en el mundo de los enfermos mentales, es la vivencia *desviada*. Esta es una alteración ya cualitativa. En ésta se da una auténtica distorsión con el objeto mental, Dios. El hecho religioso se manifiesta desviado de la realidad y siempre en relación a la trayectoria de su psicopatología.
- También se da como cuarta posibilidad, una vida religiosa extinguida. A veces se puede llegar por diversos caminos: 1) Porque la disgregación o la destrucción psicopatológica llega a tal grado, que ya no hay canales o vías de expresión; es lo que se daría en un «estado mental comatoso». 2) A veces la destrucción del objeto mental, Dios, no es más que una búsqueda, una reivindicación y búsqueda de la posesión de lo absoluto, a lo cual se combate y se intenta destruir. 3) Se puede llegar a la extinción del hecho religioso también por el camino de represión, que puede ser tan intensa y prolongada, que le impida llegar al consciente.

En todos estos casos, convendrá estar muy atentos para no caer en alianzas extrañas con lo destructivo, situándonos en todo momento del lado de la salud, desde un intento de refuerzo del principio de realidad.

LA RELACIÓN DE AYUDA PASTORAL, COMO INSTRUMENTO TERAPÉUTICO

Transición de una concepción ritualista-sacramental, a otra más asistencial, más técnica, más profesional

Durante mucho tiempo se vino prestando una atención a la vida espiritual del enfermo mental, basada fundamentalmente en la buena voluntad y en una acogida respetuosa a todo lo que representaba el paciente, quizás sin mayores planteamientos analíticos ni de intervención modificadora de los contenidos manifiestos. Como línea de actuación quedaba bien diferenciada, y en algunos casos hasta divorciada, la atención pastoral de la atención terapéutica.

Por otra parte, parece que no existía demasiado conflicto en aceptar una atención religiosa basada fundamentalmente en lo sacramental. Esto es: «en la actuación puntual, misteriosa y trascendental, de los momentos límites y críticos de la vida». La pastoral, centrada en la persona del sacramento, se basaba en la administración de los sacramentos: celebración y administración de la eucaristía; confesión; administración de la extrema unción,

como se venía llamando, hasta no hace muchos años, a lo que hoy llamamos unción de enfermos... y poco más, ya que, generalmente, en un hospital psiquiátrico no había lugar a otros sacramentos, como podían ser el bautismo y el matrimonio (recordar que nuestro hospital ha sido masculino hasta el año 1985. Afortunadamente hoy es mixto).

No me gustaría caer en la injusta descalificación de tantas personas que consagraron toda su vida a prestar un acompañamiento amoroso y consolador, que en un tipo de asistencia como el que existía en el pasado, ya era coherente. En una institución cerrada de tipo asilar, la concepción de la vida y de la persona, fácilmente quedan ancladas en el pasado, en tendencias dicotomizantes y disociadoras en las que el cuerpo y el alma tenían diversa direccionalidad. Por lo mismo, el que la terapéutica y la pastoral fueran cada una por su lado, ni extrañaba ni tensionaba, ni exigía ningún otro planteamiento; era normal.

Hemos visto antes como el hospital está cambiando arquitectónicamente. El cambio del edificio es consecuencia de un replanteamiento previo, y a la vez concomitante, de la filosofía asistencial psiquiátrica. Como en todos los ámbitos, el motor del cambio son las corrientes de pensamiento que generan ritmos sociales e históricos.

En las últimas décadas, el concepto de la asistencia, y también de la psiquiatría, está cambiando. Los hospitales psiquiátricos se abrieron; el trabajo en equipo empezó a tomar importancia en un intento de acercarse a la persona desde una concepción más integral de la misma. La psiquiatría se abre a la sociología, a la psicología y a otras ciencias. El mundo asistencial participa de la aceleración y del progreso social contemporáneo.

El *acompañamiento* o asistencia religiosa va quedando cada vez más distanciada y quizás acomplexada, replegándose defensivamente, a espacios muy concretos guardados celosamente. Como vulgarmente se decía: «se repliega en la sacristía», limitando su actuación casi exclusivamente a los espacios sacros.

Con el Concilio Vaticano II llegan nuevos aires de apertura. Se hace un esfuerzo en derribar la barrera ficticia de separación entre lo sacro y lo profano, entre el cuerpo y el espíritu. Lo verdaderamente sagrado es la persona y en ella tenemos que incidir y nos tenemos que encontrar, desde los diversos ángulos asistenciales que contribuyen a aumentar su calidad de vida... Se empieza de nuevo a entender que el templo de Dios es la persona y que el culto que a Dios le agrada es la justicia... Y la justicia, en el mundo asistencial, pasa por garantizar la atención de todas sus necesidades. Se empieza a ver la necesidad de asomarse y prestar atención a las personas desde

ellas mismas y no desde planteamientos y posturas tomadas apriorísticamente.

La teología y con ella la pastoral, ve la necesidad de integrarse a un aperturismo y a un ritmo, que quizás había pretendido ignorar durante demasiado tiempo, para lo cual tiene que hacer una cura de humildad (y de sabiduría) y pedir colaboración a otras ciencias humanas, sobre todo psicológicas y sociales. La pastoral necesita integrarse en la asistencia de una manera más técnica, más profesional, para dar respuesta a las necesidades que la persona enferma le va presentando. Al agente de pastoral ya no le bastará con la formación teológica, unas cualidades (todas ellas muy importantes, pero insuficientes) y la buena voluntad, para ejercer su función asistencial; necesita de una formación y preparación técnica a la altura de los demás profesionales que participan en la asistencia. El agente de pastoral debe tener unos conocimientos y formación básicos, que le permitan hablar un lenguaje inteligible y competitivo con el resto del equipo.

Al agente de pastoral ya no le basta con acoger, aunque también, sino que tiene que ubicar y tratar el ámbito de la experiencia religiosa desde un perfil profesional. El agente de pastoral en el mundo de la asistencia psiquiátrica, es un agente de salud, con lo cual tiene que ayudar a sanear la experiencia relacional del enfermo, como el objeto mental, Dios.

La asistencia pastoral cualificada es un derecho de la persona enferma y no un *plus* ofrecido por nuestra institución, de manera voluntaria.

El hecho religioso, como roca en que apoyarse para emerger del caos

Considerando el inconsciente no sólo como «un almacén de impulsividad reprimida»⁶ y como almacén de relaciones objetales arcaicas o disociadas, sino también como la sede de lo espiritual en la persona humana; aceptando la implicación, y a veces la «complicidad que se da entre las distintas dimensiones»⁷ que constituyen la existencia humana, pero a la vez, salvando lo nuclear y autónomo de cada una de ellas, podemos decir que el hecho religioso es susceptible de distorsión y patología, con lo cual puede invadir y aliarse con otras patologías que co-existan en la persona del paciente. Pero también podemos decir que el hecho religioso puede quedar nuclearmente preservado de las diversas patologías que afectan a la persona (esto sería el hecho religioso, como refugio de la parte sana, en cuanto ambas

coinciden en la búsqueda de un objeto reparador)... Y siempre, tanto en un caso como en otro, es una realidad a considerar en la asistencia, si queremos acercarnos a nuestros usuarios, o clientes, de una manera integral e integradora: En el primero de los casos, el esfuerzo de la relación de ayuda pastoral debe ir directamente a que el enfermo acceda de nuevo a la realidad; el pastoralista debe de ir siempre conectado con la realidad, para favorecer una auténtica relación desde el yo, con el objeto mental, Dios. En el segundo de los casos, en el que el hecho religioso queda preservado, la actuación pastoral debe ser de apoyo y de refuerzo, intentando integrarla dentro del proceso de atención terapéutica, como referencia saludable a la realidad. Como roca en que apoyarse para emerger del caos, o en el orden rígido, artificial y patológico, en el que se encuentra el enfermo mental.

El agente de pastoral debe estar atento a la evaluación que se vaya dando en el paciente. Debe ser capaz de captar qué es lo que el paciente puede entender y asimilar en cada momento y en cada situación. El criterio de intervención siempre será el mismo: intentar, bien que restauren, o bien que mantengan y refuercen la relación con el objeto mental, Dios, a nivel del yo y según el principio de realidad.

Autoridad terapéutica para remitir al principio de realidad, en la vivencia distorsionada de la relación con el objeto mental, Dios

En un planteamiento interdisciplinar bien entendido y en un equipo multiprofesional bien constituido, es importante en que los roles de los distintos profesionales que intervienen en la asistencia, estén bien definidos, para que nos podamos sentir cómodos y complementarios, salvando las posturas defensivas que procederían de las fantasías de invasión, de intrusión y de descalificación, fruto, la mayoría de las veces, de inseguridades personales y profesionales, y de actitudes ideológicas.

Salvando las dificultades inherentes y personales que conlleva todo trabajo de equipo, cada profesional ejerce su función de manera complementaria y en colaboración con el resto de los compañeros. Cada uno está autorizado y es responsable, de incidir correctamente en la atención al paciente, desde el ámbito que le corresponde según su preparación, persiguiendo todos el mismo objetivo terapéutico: que vaya ganando espacio el contacto con la realidad.

En los casos en los que se da una alteración o distorsión en la experiencia religiosa, es el pastoralista quien tiene la autoridad para intervenir específica y técnicamente en el paciente. Esta autoridad le llega por doble vía: por

6. Frankl, V.: Obra citada.

7. Posicionamiento definido anteriormente, considerando a la persona como realidad integrada por las dimensiones: somática, psíquica, social y espiritual.

la vía de la responsabilidad que le delega una asistencia bien organizada y respetuosa con las creencias y valores personales o de grupo; y por la vía de la carga simbólica que para el paciente tiene la figura del pastoralista. El enfermo vivencia de distinta manera la intervención de diversos profesionales que le intentan ayudar en la tramitación de los aspectos de su historia, que vive desde la culpa, y la intervención del agente de pastoral.

De manera gráfica podemos decir: si para una persona ha sido importante su praxis religiosa, quizás será insuficiente, que le pongamos en contacto con los objetos que siente dañados en su vida y en su historia; quizás también, y quiero remarcar el *también*, como sinónimo de *además*, necesitará la intervención de la instancia trascendente y sacramental, que se le ofrezca como instrumento eficaz de reparación. Es decir, tal vez también necesita que, desde sus creencias religiosas, se le ayude también a buscar el camino de la salud, a través de la reparación de sus objetos internos.

Necesidad de crear el espacio mental, ambiental e, incluso, físico que permitan manifestarse a la persona del paciente, desde todas sus necesidades

Salvando las dificultades que procederían tanto de posturas enfrentadas, y por lo tanto, guerra sin cuartel, como de posturas fusionadas y por lo tanto, confusión. Situándonos en postura abierta, receptiva y complementaria en el quehacer cotidiano de la asistencia psiquiátrica, llama la atención el testimonio de algunos compañeros, profesionales de la psicoterapia que afirman, que raras veces en una terapia, el paciente presenta sus problemas de contenido religioso-espiritual, con la misma naturalidad con la que presenta sus problemas psicológicos, somáticos y relacionales. Estoy de acuerdo, y sobrepaso aún la valoración del psiquiatra holandés H. Ruemke, cuando afirma que en este campo «no estamos menos inhibidos por el sentimiento de vergüenza, que en el erótico»... Yo diría que hoy estamos más inhibidos en el campo espiritual, que en el erótico, que tanto tiempo lo hemos vivido con fuerte carga tabuística.

Esto ha sido objeto de reflexión en nuestra praxis cotidiana, llegando a aceptar algunas constataciones, como son:

- El contenido espiritual de la persona ha estado muy ligado a manifestaciones religiosas que tienen mucho que ver con lo cultural, y por lo tanto cambiante en tiempos y en espacios.
- Tanto los pacientes como el personal terapéutico que intervenimos en la asistencia, procedemos

de una comunidad concreta, que participa en los valores de la cultura dominante, los cuales incidirán normalmente en nuestras manifestaciones y en nuestro quehacer cotidiano.

- En nuestra cultura actual, lo religioso está devaluado, no está bien visto. Generalmente se expresa con cierto pudor y diría que en ocasiones, hasta con cierto complejo.
- Todo esto ejerce una presión represora sobre la vivencia espiritual, que la aboca al inconsciente, esperando que cese la represión para que algunas de estas vivencias vuelvan a aparecer en el consciente, ya que la impulsividad y la espiritualidad inconsciente utilizan las mismas vías y mecanismos.

Por lo tanto, nos planteamos la necesidad de avanzar en ir creando ambiente de acogida. En ir creando el espacio mental, ambiental e incluso físico, que permitan manifestarse al paciente desde todas sus necesidades. Esto no quiere decir en absoluto, que el psiquiatra tenga que tratar todos los problemas que presente la persona; pero en un marco institucional, sí que debe de quedar garantizada la atención de todas sus necesidades, las cuales serán canalizadas hacia los profesionales capacitados que aseguren la respuesta terapéutica adecuada.

Esto lo debe de saber el paciente, quedándole claramente explicitado por medio de información escrita (folletos indicando la asistencia pastoral como un servicio más que se oferta), y también por medio de las actitudes del personal del equipo terapéutico, ya que no ignora el ambiente de recelo y desconfianza que con frecuencia existe en el mundo de la psicología, respecto a lo religioso, lo cual se transmite muy sutilmente, podríamos decir casi subliminalmente, aumentando la reticencia y las resistencias que ya tiene el propio paciente, y restándole el valor que necesita para manifestarse abiertamente en el tema de su vivencia espiritual.

La función del terapeuta deberá ir encaminada hacia ayudar al paciente a vencer las resistencias que le impiden manifestar cualquier tipo de dificultad existencial, por lo tanto, también las que pueda sentir en su ámbito espiritual.

NECESIDAD DE UN TRABAJO INTERDISCIPLINAR

En las últimas décadas, según fueron evolucionando las diversas ciencias, nos dimos cuenta en su momento de que era necesario el ir creciendo hacia una visión olística de la asistencia, lo que conllevó la consecuencia práctica de que los diversos profesionales nos sintiéramos llamados a encontrarnos con la persona desde su totalidad. Nos dimos cuenta de que en la medida que se acentuara exageradamente,

o se negara alguna de las dimensiones constitutivas de la persona, caeríamos en actitudes reduccionistas que poco favorecerían a nuestros pacientes. De aquí surgió la necesidad de plantearse la asistencia como un trabajo interdisciplinar. Para ello será importante:

Centrar la atención en la persona del paciente

Que sea la realidad del propio paciente la que vaya orientando nuestra intervención, y no sólo los criterios técnicos gestados y diseñados en laboratorio, que algunas veces pueden enmascarar ciertos complejos e inseguridades, ¿y por qué no? ciertas incapacidades e incluso patologías.

Yo recomendaría que, como experiencia profesional supervisada, al menos en una ocasión, dejáramos acercarnos al paciente desde toda su carga de sufrimiento (que como sabemos, en el mundo de la psiquiatría puede alcanzar cuotas muy altas) y nos dejáramos salpicar, nos dejáramos golpear por el mismo. Quizás descubriríamos un mundo amplio y rico de necesidades, tanto en la persona del paciente, como en nosotros mismos, que reclaman una creatividad plural a la hora de ser atendidas. El paciente no es propiedad privada de nadie; de ningún terapeuta ni de ninguna escuela... Si no nos esforzamos por realizar un acercamiento responsable y complementario, fácilmente podemos pervertir o castrar la asistencia.

La asistencia pastoral debe abrirse y aprovechar los datos que le aportan el abordaje psicoterapéutico, sin ningún tipo de prevención, para ayudar al agente de pastoral a situarse adecuadamente ante cada caso. Asimismo, éste ofrecerá sus propios datos al resto del equipo, para que el paciente sea contemplado y tratado en su integridad.

El mismo Freud, que como todos sabemos fue autor de juicios críticos muy duros contra el comportamiento religioso de su época (obra significativa en esta línea: *El porvenir de una ilusión*, recurrir al artículo de Corvelyn, si procede), parece ser que como terapeuta tenía una postura mucho más respetuosa, como se desprende de diversos apuntes sacados de su relación epistolar con Oskar Pfister, colega psicoanalista y pastor suizo. Un texto iluminador es el que afirma que: «En sí mismo, el psicoanálisis no es más religioso que irreligioso. Es un instrumento que no toma partido y que pueden utilizar religiosos y laicos, mientras sea solamente al servicio de la liberación de seres sufrientes» (Freud-Pfister, 1966, 47).

Esto podría ser un presupuesto básico que nos ayudara a todos los profesionales que participamos en la asistencia del enfermo mental, a ejercerla desde

una neutralidad *benévola*, o como el mismo Freud dice: «sostenida por una actitud de simpatía reservada», para que por una parte nuestros pacientes vayan venciendo las resistencias a manifestarse en profundidad sobre todos los aspectos que vivencia como importantes en su vida; y por otra parte vayamos trabajando adecuadamente, acompañándoles hacia la liberación de aquellos aspectos que limiten su felicidad, su libertad, su armonía... su realización como persona.

El abordaje del hecho religioso ¿es instrumento terapéutico?

Ésta es una cuestión que interpela e inquieta a los profesionales de los diversos campos asistenciales. Tanto a los psicólogos, enfermeras, asistentes sociales, como a los mismos agentes de pastoral.

Para responder a esta cuestión es necesario que antes nos pongamos de acuerdo en entender qué es en sí lo terapéutico (buscar definiciones...).

Todas las definiciones que yo he consultado, hacen referencia al tratamiento que contempla: cambio, ayuda, transformación, liberación, toma de conciencia, etc. direccionado todo hacia la salud, hacia la armonía, hacia el bienestar, hacia la creatividad.

Pues bien, yo diría que en la medida que el abordaje del hecho religioso está enmarcado dentro de una institución asistencial, y está integrado en un equipo interdisciplinar, con una aportación específica y complementaria en las actividades asistenciales direccionadas hacia la salud y la armonía, se podría afirmar que el abordaje del hecho religioso es terapéutico, complementariamente con el abordaje que realiza el resto del equipo. Por citar algún caso en el que se ha intervenido de manera complementaria:

Caso práctico. El terapeuta de área me deriva a B. M., paciente de 22 años, con una amplia historia psiquiátrica. Como datos relevantes de su historia, así como de su situación psicopatológica, se pueden resaltar:

- Es la hija de una madre soltera con un serio trastorno mental, que ejercía la prostitución y que dejó a la paciente a cargo de diferentes instituciones públicas, desde que nació hasta los 18 años, en que el Tribunal Tutelar de Menores, ya no se podía hacer cargo de ella. Entonces fue acogida por diferentes residencias regentadas por órdenes religiosas.
- La paciente presenta un trastorno caracterial dependiente-agresivo desde la infancia, que ha dificultado su adaptabilidad a estos hogares protegidos, dados sus trastornos conductuales

(se prostituye desde los 12 años, agresiones múltiples, consumo de sustancias psicoactivas...).

- Por todo esto, en esa época se encontraba sola, en la calle y ella misma busca y solicita ayuda institucional para que continuaran haciéndose cargo de ella, después de largo aprendizaje institucional que presenta su biografía. Para ello adopta diferentes identidades, de acuerdo con su edad y su caracteropatía: mujer prostituta, toxicómana, trastornada o violada, para ser recogida en cualquier centro público que atendiera específicamente estas diversas situaciones.
- Todo intento de modificar este funcionamiento ha sido infructuoso, no respondiendo ni al tratamiento terapéutico ni al farmacológico, realizando innumerables ingresos en diferentes instituciones hospitalarias de toda la geografía española.

En el año 1989 es derivada del Hospital Psiquiátrico de Cádiz con la indicación de incapacitación.

En octubre de 1990 ingresa embarazada de ocho meses, después de provocar un incendio en el domicilio materno. Durante el internamiento, la paciente se muestra más contenida, tanto mentalmente como a nivel de comportamiento, a través del embarazo, depositando en su hijo todas las expectativas de un cambio en ella que le permita responder a una vida estable y organizada.

Solicita quedarse con el niño a modo de prueba, con una ayuda institucional que le permita organizarse. Este proyecto fracasa abandonando al niño tras el parto, decisión que es recriminada por su madre, que la echa de su domicilio. Tras este hecho, la paciente realiza una evolución psicopatológica hacia el «vacío melancólico» al contactar con su problemática tanto interna como externa, ante su incapacidad para asumir su maternidad.

Realiza varios intentos de suicidio (uno de ellos grave, por ingesta de barbitúricos) frustrados por la intervención del personal sanitario, pasando posteriormente a varias actuaciones, que le han colocado en situaciones de grave peligro, también a otras personas, provocando varios incendios en la clínica.

Al contactar con sus propios sentimientos destructivos, aumenta la culpa, pidiendo «ser castigada», insistiendo ser trasladada a una cárcel o ser condenada por Dios a los infiernos... La paciente ha demandado una entrevista con el sacerdote, con lo cual me es remitida:

Cuando entra en el despacho, me presento e intento acogerla preguntándole si quería encontrarse conmigo.

B. – ¿Usted es sacerdote?

Sacerdote. – Sí, lo soy.

B. – ¿Usted cree en Dios?

S. – Si me haces esta pregunta, yo te responderé según

mis creencias y mi fe. Pero lo más importante en estos momentos, para ti, es lo que tú creas y no lo que yo creo.

B. – Yo sí que creo en Dios. Pero soy muy mala. Soy lo peor que se puede ser en este mundo: He inducido a la prostitución a chicas que eran amigas mías; he quemado la casa de mi madre; hasta he dado a mi hijo... soy muy mala... yo no sé por qué vivo... yo quisiera ser una cosa... ese teléfono, que haga sólo ruido y que hable, pero que no sienta... Yo quiero que usted haga que Dios me castigue... que Dios me condene eternamente... que me destruya...

Así se inicia la entrevista, durante la cual fue una continua reivindicación de castigo.

Acogiendo lo que presenta la paciente, se le intenta convertir el discurso, haciéndole entender que el daño que muchas veces provocamos en nuestra vida y en la de los demás puede ser fruto de la patología. Que en la medida en que no estamos bien, hacemos las cosas mal, y que en la medida en que tomamos conciencia y mejoramos, mejora también nuestra relación con nosotros mismos y con los demás.

Se le intenta poner en contacto con una imagen de Dios más sanador. No un Dios castigador, perseguidor, sino un Dios nutridor que puede representar una ayuda para la reparación. Un Dios que acoge y quiere todo lo que constituye la realidad de la persona. Un Dios, que en todo caso, si le permitimos entrar en nuestra historia, nunca lo hace castigando y mucho menos condenando. En todo caso es apoyo y ayuda hacia la salud... hacia la liberación.

El trabajo durante la entrevista consistió en intentar preservar el objeto mental, Dios, de la alianza con la patología, que ella demandaba, para que pudiera representar un punto de apoyo en su proceso terapéutico. Al final quedamos en que si ella quería que nos viéramos de nuevo, ya sabía los canales que tenía que emplear para ello.

La evolución de B. M. ha sido hacia la locura. Siendo improductivos todos los tratamientos que se le han aplicado. Según su terapeuta, se ha producido como un vacío, como un agujero mental, donde no hay ningún tipo de registro.

Más tarde, B. M. pidió hablar conmigo. El deterioro era espectacular. Resultó imposible mantener una mínima coherencia en el discurso. La confusión era notable, siendo muy difícil el contacto con la realidad. Los momentos en los que ella llegó a pedir una intervención específica fue en términos de «absolución», aunque rápidamente distorsionaba, no pudiendo retomar estos aspectos reparatorios, que aparecían como fugaces.

En estos momentos, el equipo terapéutico siente que ha llegado al techo de sus posibilidades de intervención.

Nos quedan diversas dudas, y nos surgen multitud de interrogantes: ¿Hasta qué punto la intervención pastoral ha sido complementaria a la intervención terapéutica? ¿Hasta qué punto ha modificado la imagen su objeto mental, Dios, viviéndola más liberadora o menos persecutoria («absolución»)? ¿Hasta qué punto ha desplazado su agresividad?

El equipo terapéutico bien coordinado, garantiza y aumenta la confianza sana de los pacientes

Que duda cabe que una persona en crisis necesita un ambiente, un marco estable y sólido que le acoja y que le proteja garantizándole que «no se destruirá, porque nosotros la reforzaremos sólidamente»... Y, ¡cuánto más en nuestros enfermos! con unas vivencias de la realidad, muchas veces escindidas, persecutorias y hasta terroríficas, debido a su patología.

Nuestros pacientes tienen derecho a sentirse seguros de que constituimos un marco suficientemente fuerte, como para que no nos puedan destruir ni sus agresiones, ni sus voracidades. Y esto solamente se lo podremos ofrecer desde un equipo terapéutico bien coordinado que garantice y potencie la confianza en que, presente lo que presente de su percepción de la realidad, será acogido con el máximo respeto, cariño y profesionalidad.

LA FORMACIÓN DE LOS AGENTES DE PASTORAL EN PSIQUIATRÍA

Antes de terminar, me gustaría aportar unas pinceladas sobre aspectos a tener en cuenta a la hora de plantearnos la Relación de Ayuda Pastoral en Psiquiatría. Es verdad que el esfuerzo por una nueva comprensión y la integración de la misma tiene que venir dado por todos los profesionales y estructuras organizativas que participamos en asistencia del enfermo mental, pero también es verdad, que la primera responsabilidad, si cabe, la tenemos los profesionales de la Pastoral, que debemos presentar una imagen competitiva con el resto de los profesionales que intervienen en el equipo multidisciplinar.

Sin intentar abarcar lo que sería un programa de formación para los agentes de Pastoral Psiquiátrica, considero tres apartados como básicos e importantes, para ser tomados en cuenta:

Perfil del pastoralista

Es verdad que para ejercer todas las profesiones se deben exigir ciertas aptitudes que garanticen

la capacitación de la persona para desarrollar la tarea que se les encomienda, pero cuánto más, en los profesionales que participan en las tareas que podemos llamar *humanitarias*, esto es, que tendrían que ayudar a humanizar nuestra existencia. De entre ellas, principalmente la del agente de pastoral, debería de ir precedida y sustentada sobre una personalidad con cualidades que hagan posible el encuentro *eficaz* con las personas que están en situación carencial o de sufrimiento.

Entre las aptitudes del agente de pastoral, me parecen especialmente importantes:

- Capacidad de *escucha*. Esto es, poner al otro en el centro del diálogo. Dejar ser al paciente el protagonista del encuentro. Es saber ponerse en sintonía con el otro y con lo que acontece en su vida, con máxima atención y respeto.
- Capacidad de *empatía*. Esto es, comprender lo que la persona del otro está viviendo. No sólo el contenido de su experiencia, sino también la resonancia afectiva de la misma. Es capacidad de comprender al otro, sin identificarse con el otro, sin confundirse con el otro, y saber transmitir la comprensión.
- *Autoconocimiento*, para poder encontrarse con el otro desde la libertad, sin contaminar la relación por las necesidades y cuestiones personales sin resolver, que inevitablemente se proyectarían en el otro. Es importante:
 - Saber las *motivaciones* que nos impulsan en las actuaciones cotidianas y profesionales.
 - Identificar las *defensas* que normalmente utilizamos.
 - Identificar también los *recursos* que usamos como rocas o puntos de apoyo.
- La *autenticidad*, que la da la coherencia entre lo que se siente, se vive y cree, y lo que se expresa a los otros. (No confundir con la sinceridad). Se puede ser sincero pero sin ser auténtico).
- La *precisión*, que consistiría en ayudar a las personas en nuestras comunicaciones, a concretar, a acotar, a personalizar y a comprometerse.
- La capacidad de *autorrevelación oportuna y significativa*. Hablar de sí mismo a veces puede ayudar, no siempre. No ayuda en cuanto resta peso o importancia a lo que el otro ha dicho. Es buena cuando confirma la comprensión de lo revelado.

Sobre el sustrato de estas aptitudes, es cuando se puede apoyar eficazmente una

Formación integral

Nos capacitará para el encuentro con las personas, siendo capaces de comprenderlas en toda su amplitud. Por esto será importante una formación básica amplia, que nos ayude a conocer a la persona desde todo lo que constituye su realidad interna y su entorno. Esto sería

una preparación mínima que nos ayude a situarnos de manera abierta, respetuosa y receptiva, ante la persona enferma que tenemos delante.

Formación específica

Aquí entrarían todos los conocimientos específicos que nos capacitan como profesionales cualificados. El pastoralista en psiquiatría, además de los conocimientos propios de teología y técnicas catequéticas y pastorales, es imprescindible que tenga un vasto conocimiento de psicología, que le permita situarse en un mismo plano de entendimiento y hablar un mismo lenguaje que los profesionales de su equipo.

BIBLIOGRAFÍA

- Klein, M.: *Amor, culpa y reparación*. Edit. Paidós.
Segal, H.: *Introducción a la obra de M. Klein*. Edit. Paidós.
Coderch, J.: *Psiquiatría dinámica*. Herder.
Frankl, V. E.: *La presencia ignorada de Dios*. Herder.
Pangrazzi, A.: *Creatividad pastoral al servicio del enfermo*. Sal Terrae.
Pangrazzi, A.: *El mosaico de la misericordia*. Sal Terrae.
Piles, P.: *¿El enfermo mental es capaz de una vida religiosa?* Labor Hospitalaria.

- Saussure, T.: *Psicoanálisis y cristianismo hoy*. Fundación Vidal y Barraquer, 1989. Barcelona.
Galve, M.: *Problemática general que plantean los enfermos psíquicos al agente de pastoral*. Labor Hospitalaria. Barcelona.
Herrera, R.: *Panorámica general de la enfermedad en un Hospital Psiquiátrico*. Labor Hospitalaria. Barcelona.
Seva, A.: *Religión y Salud Mental*.
Galve, M.: *Cómo atender la vida religiosa del enfermo psíquico*. Labor Hospitalaria. Barcelona.
Galve, M.: *La conciencia moral y la práctica sacramental del enfermo mental*. Labor Hospitalaria. Barcelona.
Roth, G.: *Sobre esquizofrenia y pseudomística (una contribución al diagnóstico diferencial de la psicopatología religiosa)*. Revista de espiritualidad, XX. Madrid, 1961.
Corveleyn, J.: *Neutralidad y atención. El psicoanalista ante el elemento religioso en la terapia*. (Artículo no censado.)
Hernández, V.: *Los sueños, como dramatización de la fantasía inconsciente*. Revista catalana de Psicoanálisis. Vol. III, n.º 2.
Hernández, V.: *La fantasía inconsciente de la práctica psicoanalítica*. Vol. III, n.º 1.
Gomis, A.: *El niño y la vivencia de la fe cristiana*. Cuestiones de vida cristiana, n.º 118/1983.

DR. F. M. DOMÉNECH TORNÉ

DR. J. SETOAIN QUINQUER



MEDICINA NUCLEAR

TIROIDES • PARATIROIDES Y SUPRARRENALES • GLÁNDULAS SALIVARES • ESÓFAGO • ESTÓMAGO E INTESTINO • HÍGADO Y VÍAS BILIARES • PULMÓN Y CORAZÓN (GATED-SPECT CARDÍACO CON CORRECCIÓN DE ATENUACIÓN) • VASOS SANGUÍNEOS Y LINFÁTICOS • SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO • RIÑÓN Y SISTEMA EXCRETOR • SPECT CEREBRAL.

DENSITOMETRÍA ÓSEA Y MORFOMETRÍA

ECOGRAFÍA

ABDOMINAL • PARTES BLANDAS: CERVICAL, MAMARIA, ESCROTAL, PENEANA, MÚSCULO-TENDINOSA • GINECOLOGÍA Y OBSTETRÍCA • ENDOCAVITARIA: TRANSRECTAL, TRANSVAGINAL Y ENDOANAL • DOPPLER COLOR VASCULAR: PERIFÉRICO, ABDOMINAL Y OBSTÉTRICO • ECOCARDIOGRAFÍA DOPPLER COLOR: TRANSTORÁCICA Y TRANSESOFÁGICA • PUNCIÓN ASPIRATIVA CON AGUJA FINA • PUNCIÓN BIOPSIA.

MAMOGRAFÍA Y TÉCNICAS INTERVENCIONISTAS

TERAPÉUTICA

METABÓLICA Y ENDOCAVITARIA.

LABORATORIO

ESTUDIOS FUNCIONALES «IN VIVO»: HEMATOLÓGICOS, GASTROINTESTINALES Y RENALES • PRUEBAS ESPECIALES «IN VITRO»: HORMONAS, MARCADORES TUMORALES Y RECEPTORES HORMONALES.

C. Londres n.º 6, D9 - Tel. 93 444 35 00 - Fax 93 444 35 05 - 08029 BARCELONA

VACUTRON

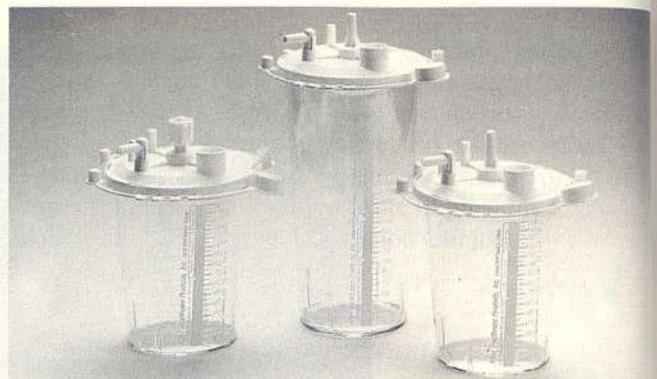
Reguladores de Vacío.



- Control exacto y preciso del vacío.
- Mínimo mantenimiento.
- Resistente a impactos.
- Vacuómetro codificado por colores.
- Funcionamiento silencioso.

HANDI-VAC

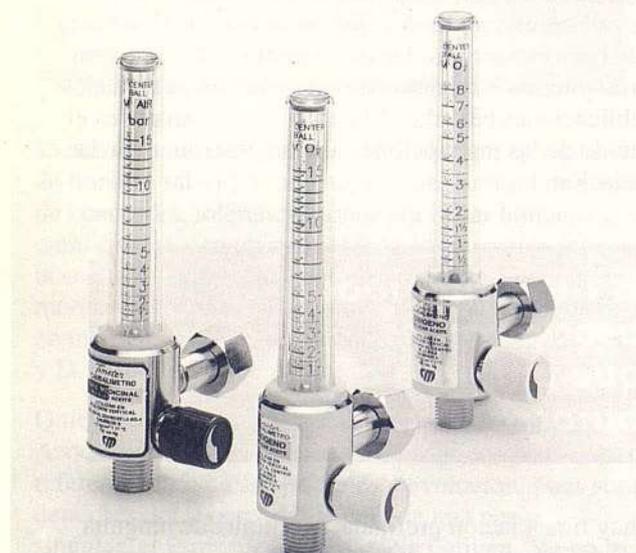
Sistema desechable para recolección de fluidos.



- Sistema desechable de cierre hermético, que impide su apertura accidental.
- Dos capacidades: 1.500 ml y 2.400 ml.
- Dos conexiones: Conexión a tubo y conexión diss.
- Válvula seguridad standard.
- Posibilidad de conexión en tándem.
- Completa gama de accesorios.

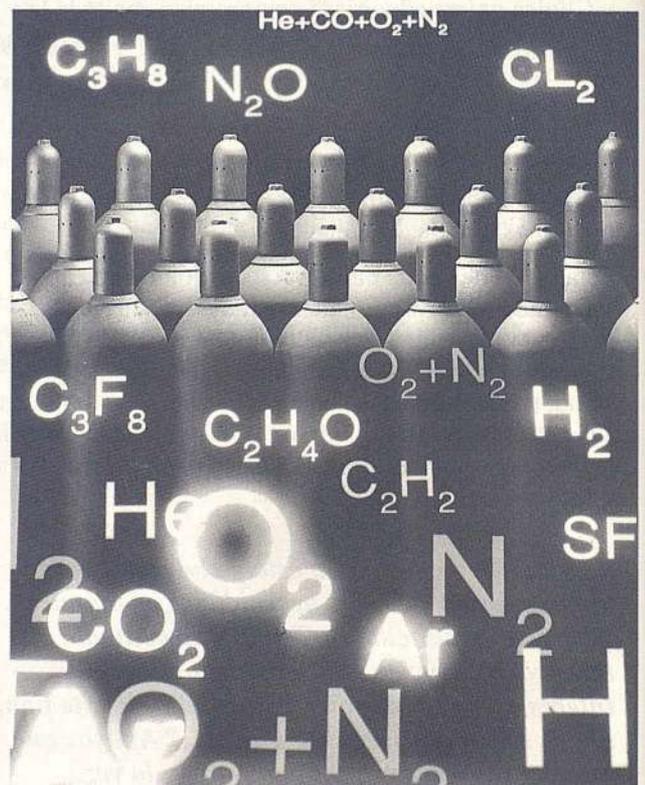
ULTRA FLO

Caudalímetros con rotamento de Oxígeno y Aire Medicinal.



- Alta precisión.
- Fácil lectura.
- Gran resistencia.
- Sencillez de manejo.

GASES PUROS Y MEDICINALES AL SERVICIO HOSPITALARIO



BancSabadell



Villa-Reyes, S.A.

CONSTRUCCIÓN DE OBRAS

Figueras, 8, dcho. 15
Tels. 417 83 41 - 417 03 06 • Fax: 418 89 90
08022 BARCELONA



FUNDACION
JUAN CIUDAD

O.N.G. PARA PROMOCION DE LA SALUD EN EL TERCER MUNDO

HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS

SALUD *para todos*

*La fundación desarrolla su labor humanitaria
con 6.000 camas hospitalarias en África y América Latina*

- CONTRIBUYE CON:
- Medicamentos
 - Instrumental y
aparataje sanitario
 - Alimentos
 - Ayuda económica

FUNDACION JUAN CIUDAD - O.N.G.
C/ Herreros de Tejada, 3
28016 MADRID • Telf.: 457 55 03

Banco Santander / Suc. 139 (Madrid) / N° Cuenta: 13.726