



Anuario de Investigaciones

ISSN: 0329-5885

anuario@psi.uba.ar

Universidad de Buenos Aires
Argentina

Bareiro, Julieta

CONSIDERACIONES ÉTICAS EN TORNO AL USO DEL DIAGNÓSTICO EN SALUD
MENTAL: APORTES DE LA "PEQUEÑA ÉTICA" DE P. RICOEUR

Anuario de Investigaciones, vol. XXIV, 2017, pp. 215-220

Universidad de Buenos Aires
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369155966024>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

CONSIDERACIONES ÉTICAS EN TORNO AL USO DEL DIAGNÓSTICO EN SALUD MENTAL: APORTES DE LA “PEQUEÑA ÉTICA” DE P. RICOEUR

ETHICAL CONSIDERATIONS ABOUT THE USE OF DIAGNOSIS ON MENTAL HEALTH: CONTRIBUTIONS OF THE “LITTLE ETHICS” OF P. RICOEUR

Bareiro, Julieta¹

RESUMEN

La clínica en Salud Mental toma como herramienta fundamental al diagnóstico diferencial. Es lo que permite el abordaje a cualquier tratamiento posible. Esta característica instrumental no está desprovista de desafíos éticos que merecen ser reflexionados. El riesgo de la mala aplicación de sus categorías o de su abuso, conlleva un daño que excede al simple “error” de pronóstico y tratamiento de la persona que consulta. Así, el propósito de este trabajo radica en la reflexión sobre los dilemas éticos que el mal uso del diagnóstico acarrea en los usuarios de salud mental en la actualidad, a partir de los aportes de Ricoeur sobre la *intencionalidad ética*. La razón es poder extender el horizonte del diagnóstico como mera herramienta para complejizarla hacia una instancia dialógica que, por la referencia al otro, exige a su vez, *responsabilidad* en las consecuencias mismas que implica su uso.

Palabras clave:

Salud Mental - Diagnóstico - Ética - Ricoeur

ABSTRACT

The clinic in Mental Health takes as fundamental tool the differential diagnosis. It is what allows the approach to any possible treatment. This instrumental characteristic is not devoid of ethical challenges that merit reflection. The risk of misapplication of their categories or of their abuse entails damage that goes beyond the simple “error” of prognosis and treatment of the person consulting. Thus, the purpose of this work lies in the reflection on the ethical dilemmas that the misuse of the diagnosis carries on the users of mental health at present from the contributions of Ricoeur with its definition on the ethical intentionality. The reason is to be able to extend the horizon of the diagnosis of a mere tool to complex it as a dialogical instance that, by reference to the other, demands responsibility in the same consequences that implies its use.

Key words:

Mental Health - Diagnosis - Ethics - Ricoeur

¹CONICET. Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Psicología, Instituto de Investigaciones, “Psicología, Ética y DDHH” Cat. II. E-mail: jumba75@hotmail.com

La clínica en el campo de la salud mental toma como herramienta fundamental al diagnóstico diferencial. Es lo que permite, entre otras variables, el abordaje a cualquier tratamiento posible, perspectivas e intervenciones. Esta característica instrumental no está desprovista de desafíos éticos que merecen ser reflexionados. En efecto, el riesgo de la mala aplicación de sus categorías o de su abuso, conlleva un daño que excede al simple "error" de pronóstico y evolución de la persona que consulta.

Así planteado entonces, el propósito de este trabajo radica en la reflexión sobre los dilemas y problemas éticos que el mal uso del diagnóstico acarrea en los usuarios de salud mental en la actualidad a partir de los aportes de P. Ricoeur y en relación con las nociones de vulnerabilidad, autonomía y fundamentalmente a su definición sobre la *intencionalidad ética* entendida como "la intencionalidad de la vida buena, con y para otro en instituciones justas" (Ricoeur, 2001:176). La razón es poder extender el horizonte del diagnóstico de una mera herramienta para complejizarla como una instancia dialógica que, por la referencia al otro, exige a su vez la *responsabilidad* en las consecuencias mismas que implica su uso.

Para ello, se hará el siguiente recorrido: en un primer lugar, identificar algunas características del mal uso del diagnóstico en el campo de la salud mental. Ello no involucra análisis de casos o datos empíricos, sino develar los razonamientos que sustentan a los sistemas nosológicos que organizan el diagnóstico diferencial. En un segundo lugar, reflexionar los aportes que, desde la Ética, pueden enriquecer al tema, puntualmente, los de P. Ricoeur¹. Y, por último, en un tercer lugar y a modo reflexiones finales, proponer líneas de pensamiento posible que permitan un uso responsablemente moral del diagnóstico desde la perspectiva de los DDHH.

1. El uso del diagnóstico: consideraciones generales

El concepto diagnóstico incluye en su raíz el vocablo griego 'gnosis', que significa *conocimiento*. Se define como un procedimiento ordenado, sistemático, para conocer de manera clara una circunstancia, a partir de observaciones y datos concretos. El diagnóstico conlleva siempre una evaluación realizada principalmente a través de la entrevista entre el profesional y el consultante, teniendo en cuenta otras modalidades complementarias tales como el uso de batería psicodiagnóstica, informes previos, interconsulta con otras especialidades.

En la actualidad, el sistema de clasificación en salud mental se basa en dos corpus. El CEI- 10 y el DSM V. Este último ha resultado ser el más conocido y utilizado en nuestro país y suele tomarse como "dialecto común" para las diversas disciplinas que abordan al campo de la salud

mental. El DSM se elaboró a partir de datos empíricos y con una metodología descriptiva, con el objetivo de mejorar la comunicación entre clínicos de variadas orientaciones. En principio, no tiene la pretensión de explicar las diversas patologías, ni de proponer líneas de tratamiento ya sea farmacológico o psicoterapéutico, aunque el paradigma cientificista sustenta la descripción de las distintas categorías. Sobre los alcances del Manual, se han hecho y se continúan haciendo muchas críticas a este sistema de clasificación porque conlleva el riesgo reduccionista de comprobar la presencia o la ausencia de síntomas de una lista y perder la variedad, riqueza y peculiaridad de las experiencias y sentimientos de un paciente dado, los cuales son siempre personales y únicos, vale decir, dejar por fuera aquello imposible de estandarizar de la historia singular. Tales críticas han sido planteadas por Vaillant, G. (2012) con los argumentos de ausencia de distinción entre estado y proceso o la falta de validez. O las de Allen, F. (2013) por su innecesario secretismo, sus ambiciones riesgosas y sus métodos desorganizados. El principal inconveniente según estos autores es que se trata de un sistema categorial, es decir, establece categorías que se supone que han de corresponder con trastornos, cuando en realidad, la mayoría de los trastornos mentales son dimensionales y no categóricos. De alguna manera, esto era advertido ya en la edición de 1994, cuando en la introducción se decía que no debía ser usado como un "receptorio", y que el diagnóstico que se base en este manual ha de ser llevado a cabo por especialistas con amplia experiencia clínica, para evitar reduccionismos.

Sin embargo, más allá de las críticas que se puedan hacerse a la creación del DSM, se torna necesario analizar no sólo el uso de un sistema de clasificaciones específico, sino a la condición misma de su construcción y a los presupuestos que bajo ella subyace. Siguiendo el planteo de Kuhn, T. (1995), como el de Fleck, L. (1979), los discursos científicos se sostienen sobre dimensiones no visibles en la teoría, pero que conforman el sustrato de sus fundamentos, ya sea el contexto histórico en Fleck o la dimensión para-científica en Kuhn. Es muy interesante también para el tema, la crítica que realiza Heidegger en los *Seminarios de Zollikon* (2007) sobre la ciencia y su aproximación al conocimiento del hombre en tanto ente natural (cosa, ente, causalidad), más que como ser (existencia, motivación, historicidad), lo que le lleva a preguntarse cómo debe determinarse el carácter científico de la psiquiatría y de los fundamentos teóricos de la praxis psicoterapéutica, cuyo riesgo va siempre en "el resultado inevitable de esta ciencia del ser humano como mera construcción técnica de la máquina-ser humano" (Heidegger, 2007:197). Ello incluye una variante más sutil y difícil de reconocer, que es el soporte teórico del diagnóstico en relación a la teoría noseológica que la sustenta.

1.1. Teoría nosológica y diagnóstico en Salud Mental

La teoría y sistemas nosológicos tienen una influencia fundamental en el proceso del diagnóstico. A grandes rasgos, se define como aquella rama de la medicina que describe, diferencia y clasifica las enfermedades. Los

¹Muchos autores analizan de manera profunda el trasfondo filosófico en el que se basa el campo de la salud mental. Vale mencionar a M. Foucault *El nacimiento de la clínica* (1963), *La arqueología del saber* (1969), *El coraje de la verdad* (1984) entre otros aportes valiosos, para dar cuenta de la importancia de esta cuestión. Sin embargo, el trabajo hará exclusiva referencia a la filosofía de P. Ricoeur y los filósofos en los que él basa su Ética: Aristóteles, Kant y el antecedente heideggeriano en la que inspira parte de su obra.

agentes de salud mental se guían por una o más teorías de la enfermedad que suelen asociarse a dichos sistemas. Así, la nosología, se encarga de sistematizar las patologías de acuerdo con la información que existe sobre ellas. La relevancia que estos datos adquieran está basada en las teorías existentes acerca de la naturaleza de las diferentes patologías. Siguiendo nuevamente a Kuhn, el riesgo de autovalidación a partir de la concepción teórica de la nosología conlleva una condición circular entre teoría, patología, signos y diagnóstico que merece un análisis más detallado.

El origen griego del término teoría, proviene de θεωρία y se refiere a un pensamiento especulativo. Proviene de theoros (espectador), del griego theōreō formada con la partícula *thea* (vista) como sufijo, indicando "he aquí" y *horō* (ver). Al igual que la palabra especular, tiene relación con "ver", "mirar". Heidegger (2005) retoma este origen para dar cuenta de que la teoría se basa en las causas y fundamentos como una arquitectónica de principios. En los *Seminarios de Zollikon* (2007) declara que la realidad a la que interpelan las ciencias naturales, entre ellas el comportamiento humano, permanecen en la teoría que la predetermina y que la ciencia no piensa explícitamente en esta determinación, sino que la da por supuesto (*suppositio*). De allí la pregunta que se realiza en que "si se puede considerar al ser humano también de un modo científico-natural como una parte de la naturaleza. Sólo que permanece la pregunta de si con eso resulta algo humano que dé con el hombre en tanto hombre" (Heidegger, 2007:53).

En relación a la construcción de la teoría nosológica que se toma de base para el diagnóstico diferencial, determina la forma de evaluar y de extraer conclusiones sobre el comportamiento de una persona, así como de valorar su discrepancia con la norma social, esto es, que su forma de *contemplar* a la persona puede estar muy influida por los presupuestos del sistema y por el enfoque que sigue éste para reconocer y descubrir la "enfermedad mental" (biológico, social, psicológico), que lejos de ser neutrales, se edifican sobre diferentes visiones del mundo. El contemplar de la *theoria* interviene en el sistema que aborda la realidad a la que se dirige. Vale decir, que ellas también son el resultado de las variables sociales históricamente determinadas y que emergen como resultado de las fuerzas sociales en juego.

La organización de un sistema nosológico a grandes rasgos es: a) *Se perfilan categorías diagnósticas*. Ejemplo: trastorno depresivo mayor (TDM en el DSM V), b) *Se identifican los criterios de comportamientos*. En el ejemplo citado son: estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, pérdida de peso significativa sin hacer dieta o ganancia de peso o disminución o aumento del apetito casi todos los días, insomnio o hipersomnia casi todos los días, etc. c) *Las personas que exhiban algunos de esos comportamientos son englobados en dichas categorías*. En el TDM cinco o más de los síntomas mencionados que deben haber presentes durante el mismo período de 2 semanas y que representan un cambio

respecto a la anterior, donde por lo menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer. Y d) *Cada vez que se encaja en ellas un comportamiento o una persona, se materializan las categorías y el mismo sistema*. Las personas que exhiban algunos de los síntomas señalados en el lapso X, recibe el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor. De esta manera, la realidad de sistema se corresponde con la realidad del paciente de acuerdo con el criterio de evaluación realizada por el profesional. Y en el mismo proceso diagnóstico, se materializan las categorías y el sistema en el que se basa.

Reich, W. (2001) reflexiona al respecto y analiza los riesgos que subyacen al diagnóstico y su fundamento en el sistema nosológico en Rusia en los años 70 y 80 en el ámbito de la salud mental que se regía por un sistema propio desarrollado por Andrei V. Snezhnevsky. El modelo se concentró especialmente en la esquizofrenia cuyo fundamento se basaba en la presunción de tres formas diferentes de este padecimiento que no se diferenciaban por sus síntomas sino por su curso lo que permitía identificar a un paciente esquizofrénico mediante un análisis retrospectivo del desarrollo de su enfermedad, al punto tal de identificar síntomas no psicóticos al inicio. El riesgo de ello fue la instauración habitual que los psiquiatras soviéticos adjudicaran diagnósticos de esquizofrenia a pacientes con síntomas básicamente neuróticos o psicopáticos. Y no sólo eso, algunos de los rasgos que se tomaban en cuenta para el diagnóstico en su forma incipiente incluían las siguientes características: formulaciones ideológicas, mala adaptación al ambiente social, inquietudes filosóficas, reformismo. Con estos atributos en juego, comenzó a surgir coincidencia entre los rasgos de los disidentes políticos de esa época (previa a la caída de la URSS) con los síntomas esquizofrénicos. Al punto tal que personas contrarias a la política estatal eran enjuiciados e ingresados en establecimientos psiquiátricos penitenciarios bajo el diagnóstico de una de las categorías de esquizofrenia leve. Con la caída de la Unión Soviética en 1989, se descubrió que la mitad de los pacientes no eran enfermos mentales según otros sistemas nosológicos utilizados como el DSM y CIE. Al respecto, Reich señala que muchos de los diagnósticos adjudicados no tuvieron la intención de provocar un daño, sino que simplemente, el sistema nosológico en el que se basaban configuraba la forma en que los psiquiatras interpretaban, categorizaban y percibían la psicopatología. Las mismas razones pueden adjudicarse a todo sistema en la medida que es una interpretación sobre el padecer psíquico cuya dimensión y profundidad excede a cualquier *theoria* que la fundamente. En este sentido, el uso del diagnóstico en salud mental es un proceso ineludible para todo tratamiento posible. Sin embargo, la relación entre fundamentos, sistema nosológico y diagnóstico diferencial necesita una mirada crítica que desnaturalice los eslabones que llevan de uno a otro debido a las consecuencias morales, subjetivas y sociales que acarrear. Sobre todo, en el ámbito de la salud mental donde las consecuencias indeseadas pueden llevar a la estigmatización, discriminación, aislamiento o pérdida de

la libertad individual. De allí la necesidad de reflexionar desde un punto de partida o marco ético. La vulnerabilidad que está en juego obliga dar cuenta del sujeto en cuestión cuya *autonomía es la de un ser frágil, vulnerable. Y la fragilidad no sería más que una patología, si no fuera la fragilidad de un ser llamado a ser autónomo, dado que siempre lo es de alguna manera* (Ricoeur, 2001: 87).

2. La "pequeña ética" de P. Ricoeur o la aspiración a la vida buena junto con otros en instituciones justas

El aporte de Ricoeur sobre la Ética constituye un punto de reflexión para la problemática en el campo de la salud mental a través de las nociones de *identidad narrativa, sí mismo y otredad*. Ellas conforman parte del corpus que permite repensar el trato con el otro a partir de la responsabilidad, la solidaridad, la dignidad y la vida buena posible y elegida. Términos que, como base de todo tratamiento vinculado a la práctica *psí*, abren a la mera técnica hacia un plano de la praxis que se sustenta en un marco ético-político de la otredad. Ricoeur define a la Ética como *la aventura de la libertad a lo largo de una vida*. Los fundamentos constitutivos del hombre se basan en el deseo de ser y el esfuerzo por existir. De allí que define a la intencionalidad ética como *tender a la vida buena, con y para los otros en instituciones justas* (Ricoeur, 2001:175). De esta manera, para dar cuenta del lugar del hombre en la sociedad es necesario establecer el lugar que la sociedad ocupa en el hombre, es decir hasta qué punto se encuentra constituido socialmente en relaciones ético-políticas porque ya previamente estamos constituidos y formamos parte de los "otros" como los "otros" forman parte de mí. Mediante esta tesis propone integrar a la persona, al otro y a la sociedad como partes no separables de la vida buena. Aquí se encuentran los elementos integrativos de su ética, en la que se evidencia su clara alusión aristotélica (cuando se refiere a los fines del hombre) así como su conformidad kantiana (en cuanto a la universalidad de la norma), pero añade un tercer elemento: el de la *sabiduría práctica*, defendiendo así la primacía de la ética sobre la moral, cuyos principios según dice, se encuentran inevitablemente confrontados en la complejidad de la vida. Es por razón de esta complejidad que su marco ético se basa en "la estima de sí", la "solicitud por el otro" y el "sentido de la justicia".

Por *estima de sí*, se refiere la posibilidad de introducir cambios en el curso de la propia vida. Este es un momento reflexivo donde la persona valora sus propias acciones en tanto agentes de ellas, más que pacientes de fuerzas ajenas o meros instrumentos de otros. Para ello, Ricoeur reconoce a la persona las siguientes características: a) Que es capaz de discurso, b) que es capaz de acción, interviniendo en el curso de su historia comenzando o cambiando algo, c) que es capaz de unificar su vida en una historia narrada con sentido, siendo protagonista y narrador de su propia historia, y d) en tanto agente de esa acción, puede imputarse responsabilidad. Ahora bien, ello no debe confundirse con el cogito cartesiano, o un sujeto totalmente autónomo. Tales caracterizaciones resultan incompatibles en el campo de la salud mental, donde térmi-

nos como *competencia* y *capacidad* no pueden quedar en una mera abstracción². Por el contrario, Ricoeur avanza sobre una visión del hombre en tanto limitado y vulnerable. Aquí *autonomía* toma distancia de la definición kantiana y establece lazos con la noción de *vulnerabilidad*. Ya no como términos antagonistas sino complementarios: "la autonomía es la de un ser frágil, vulnerable" ya que "el ser humano es por hipótesis autónomo, debe llegar a serlo" (Ricoeur, 2008:200)

La *estima de sí* antes definida se enlaza en una trama significativa con el otro a través de la amistad y el respeto donde las personas se reconocen como irremplazables. Ricoeur lo denomina "*solicitud*", enfatizando que nunca se podrá hablar de la estima de sí mismo sin que implique un pedido de reconocimiento. De este modo, al considerar la autoestima como elemento originario de la pretensión de vivir bien, el hombre estaría moralmente obligado a reconocerse en el otro y a restablecer la igualdad donde no esté dada. Aquí adquieren relevancia los conceptos de solidaridad y justicia, mediante los cuales intenta compensar el desequilibrio en las relaciones de poder entre las instituciones y las personas, confiriéndole una connotación ética a las interacciones humanas como vía de entendimiento a partir de las diferencias. Este vivir bien de la estima de sí, no es un rasgo encapsulado de la persona consigo misma, sino que inextricablemente se halla enlazada a las instituciones, al otro en tanto igual y con ello, al concepto de justicia bajo las exigencias de igualdad y solidaridad.

De acuerdo con estos principios entonces, la ética ricoeuriana toma como punto de partida la identidad narrativa, donde la hermenéutica del sí, figura, configura y refigura el sí mismo mediado por los otros y las instituciones. Esta "mediación abierta, inacabada e imperfecta" está constituida por una red de prospectivas y retrospectivas en las cuales se entrecruzan la expectación del futuro, la herencia del pasado y la vivencia del presente. La identidad no permanece encapsulada en sí misma, autointerpretándose, sino que se constituye temporariamente. La temporalidad es la que da a la identidad narrativa su carácter histórico e interactuada en una condición de alteridad y responsabilidad en relación con los demás (Zapata, G. 2009:762). Así se comprende la *intencionalidad ética* como deseo de una vida realizada con y para otros en instituciones justas. O, para decirlo de otra manera, la ética de este autor se basa en un entramado de tres partes: la ética como preocupación de sí, preocupación por el otro y preocupación de la institución (García Ruiz, E. 2009: 168) Ahora bien, esa preocupación por sí, por el otro y mediada por las instituciones, no queda en simples formulaciones. Ricoeur sobre el sentido de lo justo y lo injusto, incluye la noción de sufrimiento que interpela y exige respuesta:

²Ricoeur es determinante sobre la conceptualización del hombre: "En relación con "conciencia", "sujeto", "yo", la persona aparece como un concepto superviviente y resucitado. ¿Conciencia? ¿Cómo creer todavía en la ilusión de transparencia que se relaciona con este término después de Freud y el psicoanálisis? (...) He aquí que prefiero decir persona antes que conciencia o yo" (Ricoeur, 2008: 198)

“el sufrimiento no se define únicamente por el dolor físico, ni siquiera por el dolor mental, sino por la disminución, incluso por la destrucción de la capacidad de obrar, de poder-hacer, sentidas como un ataque a la integridad del sí” (Ricoeur, 2001: 198).

El riesgo de *ataque a la identidad* de sí permite reflexionar de manera crítica sobre los usos técnicos del diagnóstico cuando quedan despojados de toda dimensión ética. Su mal uso o abuso, conlleva tanto el riesgo de etiquetación y discriminación como de exclusión y deshumanización. Reich alerta sobre las consecuencias nocivas en su uso informal o formal. Informalmente, el lenguaje cotidiano utiliza los términos “loco” o “demente” para identificar a las personas consideradas diferentes o peligrosas. Aplicados formalmente, es decir, por profesionales de la salud mental, tienen poder de exclusión y de justificar, de acuerdo con el diagnóstico, el que *deba* ser recluso. Ello afecta a la consideración del propio paciente para con consigo mismo en tanto proyecto como para su lugar en la comunidad. Este *poder-hacer* señalado por Ricoeur, corre el peligro de diluirse cuando un sistema nosológico abarca en su interior una mirada aséptica del hombre que lo despoja de su historicidad. De allí la necesidad de ampliar la visión psicopatológica descriptiva, para incluirla en un entramado significativo, cuya interpección por el sufrimiento del otro exige una respuesta. Aquí *justicia*, siguiendo formulaciones ricoeurianas, deberá entenderse como un más allá de los requerimientos normativos de los servicios de salud, para erradicar la consideración de la persona como un simple criterio de clasificación, diagnóstico y estadística (Márquez Mendoza, 2010: 56). Este viraje de lo normativo y patológico de la nosología del que hace uso el profesional hacia un horizonte ético-narrativo de quien consulta, conlleva una mirada que recorta la brecha entre uno y otro y los reúne en la búsqueda de una historia significada que no niega el dolor ni la enfermedad, sino que, a partir de ella y su reconocimiento, eleva la pretensión de clasificación diagnóstica a la posibilidad de una vida digna. Dicha dignidad se sustenta en el derecho de todo hombre a elegir lo mejor para sí, de acuerdo con sus posibilidades y preferencias. El acento principal, dice Ricoeur, “hay que ponerlo en el verbo, en el poder-hacer, que corresponde al plano ético” (Ricoeur, 2008: 187). Este *poder-hacer* tendrá valor en la medida que sea incluido en el espacio clínico, como expectativa de vida buena de cada consultante en tanto artífice de su propia historia. Esta amplitud de la técnica a la ética transforma el horizonte profesional en el *cómo* de su ejercicio, esto es, los modos y perspectivas teórico-clínicas desde donde el saber profesional aborda la problemática del sufrimiento subjetivo. El término *enfermo mental*, designa al sujeto tradicional al que la salud mental presta servicio, conlleva una significación que revela la visión del hombre que se halla representado en ese término. La consecuencia indeseada es lo que Ricoeur llama “ataque a la identidad de sí”, que nunca tiene el rasgo de lo inmediato del aquí y ahora, sino de la temporalidad de una historia, básicamente, el fundamen-

to de la identidad narrativa, tanto de su pasado como de las posibilidades de su futuro.

3. Capacidad y competencia: ley de salud mental en el marco de los DDHH

Cuando Ricoeur caracteriza a la persona como capaz de acción en la medida de intervenir en el curso de su propia historia cambiando algo, implica una noción de responsabilidad que retorna al enfermo psiquiátrico en sujeto-agente de su propia existencia, siendo narrador de su propio relato. La tesis de Ricoeur no niega la enfermedad mental, sino que la incluye como parte de la trama que refleja el carácter vulnerable de la existencia: “la noción de unidad narrativa hace hincapié en la composición entre intenciones, causas y casualidades, que encontramos en cada relato. El hombre aparece así de golpe tanto sufriente que, como actuante, y sometido a los avatares de la vida” (Ricoeur, 2001:184). Como sufriente, el hombre se encuentra afectado por su condición falible, que lo reconoce como vulnerable y frágil. Y como actuante, es capaz de una identidad y el deseo de vida buena de acuerdo con sus ideales y posibilidades. Para Ricoeur este carácter múltiple de la vida humana es el fundamento del sujeto de la ética.

En este sentido, la nueva Ley de Salud Mental considera a las personas no como *enfermos* sino como *usuarios*. Este cambio tiene consecuencias profundas. Un enfermo conlleva una connotación semántica que menoscaba la igualdad y la libertad. Un usuario es un sujeto de derecho que utiliza aquello que es mejor para sí en función de promover su calidad de vida. Este giro sólo es pensable en la medida que se reconozca la dignidad propia de cada sujeto, y que la comunidad, tanto en el sentido estricto de comunidad de salud mental, como amplia en el sentido social y democrático; sea parte fundamental en la ejecución y respeto indeclinable de dicho ejercicio. De allí, que el “deseo de vida buena” solo pueda realizarse de manera contextualizada: junto con otros, bajo el reconocimiento de la semejanza; y en instituciones, en el reconocimiento de la justicia. Aquí institución, siguiendo a Ricoeur, se define como “la estructura del vivir juntos de una comunidad histórica (...) que se caracteriza fundamentalmente por costumbres comunes y no reglas coaccionantes” (Ricoeur, 2001:203).

De acuerdo con el art 3 de la ley 26.657, “se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”. El reconocimiento de que todo sujeto, por el hecho de ser persona, tiene por principio el reconocimiento moral de la comunidad a la cual pertenece, como el derecho de determinar la dirección de sus propios fines, implica una dimensión ético-discursiva del reconocimiento del otro que exceden el diagnóstico diferencial. Justamente, la idea de “proceso” que señala la ley, apela al carácter dinámico del hombre y sus derechos, cuyo ejercicio no sólo depende del usuario, sino también de los profesionales y de la sociedad a la que ambos pertenecen. Así se encuentra involucrado lo social, la ética y los derechos humanos. En

este sentido, la nueva ley plantea en su Capítulo IV, que los ciudadanos que padecen problemas de salud mental tienen derecho a recibir atención sanitaria pero que ese proceso de atención no debe vulnerar su autonomía, su intimidad, la posibilidad de preservar los lazos sociales y familiares que, incluso, deben ser promovidos para la mejor recuperación del paciente. Ningún servicio de salud puede tener futuro a menos que tenga por propósito la inclusión, el respeto y la rehabilitación de todo sujeto al ámbito al cual integran. Por supuesto, pueden existir condiciones temporales extremas donde la capacidad se halle disminuida. Pero disminución no significa pérdida de aspirar a la "vida buena" propio del hombre que fuera señalado por Aristóteles. Y menos aun que ese escenario puntual de crisis pueda menguar la dignidad. Mientras las capacidades intelectuales pueden sufrir algún tipo de limitación, nunca lo digno puede entenderse en términos de restricción. En este sentido, no es cuantificable, ni evaluable mediante ningún test, cuestionario, ni examen y excede significativa y simbólicamente todo diagnóstico diferencial. La pregunta que puede hacerse desde la ética es: ¿Cómo medir la dignidad? ¿Quién puede determinar la vida buena del otro? Y, sin embargo, son el fundamento de todo tratamiento posible. El respeto por la dignidad, por la posibilidad de determinar los propios fines y decidir sobre ellos, adquiere relevancia en el campo de la salud mental. Esto no niega las conductas que puedan provocar daño, tanto a sí mismos como a terceros. En ese sentido, la ley cambia la noción de *peligro* por *riesgo*. Y con ello, la consideración de estados transitorios donde sea necesario proteger a quien sufre y sus posibles efectos ya sea a sí mismo como a terceros. Como bien señala Ricoeur, la *autonomía* queda en abstracto a menos que se la vinculen con la *vulnerabilidad* y la *fragilidad*. En su condición de persona todo sujeto merece ser respetado y cuidado, jamás ser tratado como una cosa, sino siempre como fin. Es en el reconocimiento del otro, como mi semejante y en cuanto tal, con igualdad de derechos, que la sociedad se conforma de un modo justo, a partir de las instituciones que todos integran. La salud mental puede brindar un servicio de asistencia frente al padecimiento y el dolor psíquico y ofrecer posibilidades de una "vida buena" a partir de una terapéutica, como vida posible, abierta y significada. O, por el contrario, una existencia fragmentada, expulsiva y negada. El diagnóstico, y lo que se haga con ello, resulta ser la llave que abre o cierra puertas a ambas posibilidades. Esta dimensión no es solamente clínica o instrumental, sino fundamentalmente, ética.

BIBLIOGRAFÍA

- Allan, F. "The new crisis of confidence in psychiatric diagnosis" en *Annals of Internal Medicine*. Vol. 45. Nro. 25, 2013.
- Aristóteles. *Ética a Nicómaco*. M. Araujo y J. Marías (Trad.) Madrid, CEPyC, 2002.
- Bengoza Ruiz de Azua, J. *De Heidegger a Habermas: hermenéutica y fundamentación última en la filosofía contemporánea*. Barcelona, Editorial Herder, 1992.
- Fleck, L. *Genesis and development of a Scientific Falt*, Chicago, University of Chicago, 1979.
- García Ruiz, P. "Hermenéutica del sí mismo y ética. Hacia una teoría del sujeto a partir de P. Ricoeur" en *Acta Fenomenológica Latinoamericana*, Vol. III, Universidad Católica del Perú 2009.
- Heidegger, M. *Filosofía, ciencia y técnica*, Santiago de Chile, Editorial Universitaria, 2005; *Seminarios de Zollikon*, Morelia, Jitanjafora, 2007.
- Kant, I. *Fundamentación de la Metafísica de las costumbres. Crítica de la razón práctica. La paz perpetua*. México, Porrúa., 1998. *Crítica de la Razón Práctica*. D. M. Granja (Trad.) México: FCE, UNAM, 2005.
- Kuhn, T. *La estructura de las revoluciones científicas*, Madrid, FCE, 1995.
- Marquez Mendoza, O. "La ética de P. Ricoeur en la atención de salud mental" en *Revista Cuadernos de Ética*, Vol. 25, N.º 38, 2010.
- Mezzich, J. y Saavedra, J. "Clasificación diagnóstica en psiquiatría" en *Manual de Psiquiatría "Humberto Rotondo"* Perales, A. (eds.), Lima, UNMSM, 2010.
- Reich, W. "El diagnóstico psiquiátrico como problema ético" en *La ética en psiquiatría*, Bloch, S; Chodoff, P. y Green, S. (eds.) Madrid, Triacastela Editorial, 2001.
- Ricoeur, P. *Sí mismo como otro*, Madrid, Siglo XXI Editores, 2001. *Lo justo 2: Estudios, lecturas y ejercicios de la ética aplicada*, Bs As, Trotta, 2008.
- Vaillant, G. (2012) *Triumphs of Experience: The Men of the Harvard Grant Study*, Belknap Press, 2012.
- Zapata, G. "Ética, fenomenología y hermenéutica en P. Ricoeur" en *Acta Fenomenológica Latinoamericana*, Vol. III, Universidad Católica del Perú, 2009.

Fecha de recepción: 13 de mayo de 2017

Fecha de aceptación: 14 de octubre de 2017