



Revista Mexicana de Trastornos
Alimentarios

E-ISSN: 2007-1523

editorrmta@campus.iztacala.unam.mx

Universidad Nacional Autónoma de
México
México

Figueroa, Gustavo

“El caso Ellen West”: la ética médica en los albores de la anorexia nerviosa
Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, vol. 2, núm. 2, julio-diciembre, 2011, pp.
104-112

Universidad Nacional Autónoma de México
Tlalnepantla Edo. de México, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=425741616006>

- 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



Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios

Mexican Journal of Eating Disorders

Journal homepage: <http://journals.iztacala.unam.mx/>

“The case of Ellen West”: medical ethics on the threshold of anorexia nervosa

“El caso Ellen West”: la ética médica en los albores de la anorexia nerviosa

Gustavo Figueroa

Departamento de psiquiatría, Escuela de medicina, Universidad de Valparaíso, Chile.

Abstract

The case of Ellen West was published before anorexia nervosa was conceived as a clinical entity and previous to the birth of bioethics. This study seeks to understand the moral issues that Binswanger followed according to traditional medical ethics. Three dimensions are outstanding: formation of a firm pact based on trust, prudent judgments and virtues as personal excellences, which shaped the psychotherapeutic dialogue. In addition, he respected the professional secrecy, communication of alternative therapies and a dialogue based on saying and uncovering the truth. The final suicide was foreseen but he respected it as a choice of a project of existence although failed.

Resumen

El caso Ellen West se publicó antes que se describiera la anorexia nerviosa como entidad nosológica y previo al nacimiento de la bioética. El presente estudio busca comprender las conductas morales que Binswanger adoptó de acuerdo a la ética médica tradicional. Tres dimensiones resaltan: formación de un pacto firme basado en la confianza, juicios prudentes y las virtudes entendidas como excelencias personales determinantes del diálogo psicoterapéutico. Además, él respetó el secreto profesional, la comunicación de terapias alternativas y construyó un diálogo fundamentado en decir y descubrir la verdad. El suicidio final fue previsto por él, y lo acató como la elección de un proyecto de existencia aunque fracasado.

INFORMACIÓN ARTÍCULO

Recibido: 20/08/2011
Revisado: 07/11/2011
Aceptado: 21/11/2011

Key words: anorexia nervosa, Ellen West, bioethics, suicide, existence.

Palabras clave: anorexia nerviosa, Ellen West, bioética, suicidio, existencia.

Introducción

El caso Ellen West representa un hito en la historia de la anorexia nerviosa por diferentes motivos. Su estudio clínico fue acabado, riguroso y profundo; de naturaleza fenomenológica, se basó tanto en la sintomatología como en poesías, pensamientos, cartas, esbozos biográficos escritos por la paciente, además de datos proporcionados por el esposo y familia; fue precedido por dos psicoanálisis fallidos y numerosos intentos de terapia igualmente fracasados ejecutados por destacados psiquiatras; en interconsulta ella fue examinada psicopatológicamente por los más importantes clínicos de la época, Kraepelin, Bleuler, Hoche; su diagnóstico final fue de esquizofrenia — forma poliforma de esquizofrenia perteneciente a la esquizofrenia simple — luego que se consideraron detenidamente las más diversas posibilidades noso-

lógicas (*obsession de la honte du corps*, equivalente de angustia, histeria, adicción, adictividad [*Süchti-gkeit*], obsesión, fobia, locura maniaco-depresiva, ideas deliroides (*überwertig*), ideas delirantes, desarrollo de una personalidad, proceso esquizofrénico); representó la aplicación de una nueva forma de psicoterapia, la psicoterapia existencial; constituyó el primer estudio completo de una paciente siguiendo la recién introducida corriente por Binswanger y bautizada como *Daseinsanalyse* o Análisis Existencial (Binswanger, 1944a, b, c, 1945).

La importancia del caso ha dado origen a variadas investigaciones, que se han visto estimuladas últimamente por la aparición de material inédito, de modo que, desde muy diferentes perspectivas, se ha profundizado y particularmente cuestionado con firmeza (Akavia y Hirschmüller, 2007). No se trata de una esquizofrenia sino de una anorexia nerviosa de tipo compulsivo/purgativa; el *Daseinsanalyse* manejado para su interpretación fue la teoría desarro-

llada con bastante posterioridad porque ni siquiera había aparecido “Ser y Tiempo” de Heidegger, obra que constituye su base filosófica (Heidegger, 1963). Esta teoría no se interiorizó en las vivencias experimentadas realmente por la paciente misma sino que partió del material escrito y relatos de su marido, por lo que el método fenomenológico no se empleó en toda su profundidad (Figuroa, 1983, 1995a; Husserl, 1962); la presencia del esposo fue determinante ya que fue él quien redactó la biografía que dio origen a la anamnesis, además de que su contacto con el terapeuta fue más estrecho, empático y duradero que el de la misma Ellen (hasta muchos años después, 1961, con visitas personales y la entrega de otros documentos) (Akavia, 2008). En la estadía de corta duración no se la entrevistó con la frecuencia necesaria, tiempo suficiente e intensidad adecuada a su inminente riesgo; la relación terapéutica fue distante y objetivante, a veces en presencia del marido, por lo que difícilmente constituyó una psicoterapia existencial (Figuroa, 1991). La gravedad del cuadro clínico hizo que se planteara desde el inicio un diagnóstico muy sombrío, hecho que pudo haber influido en una postura psicoterapéutica escéptica; la decisión final de abandonar la clínica fue tomada por la enferma y su marido porque no se aceptó el traslado al pabellón vigilado, por lo que no resulta adecuado hablar de un “suicidio auténtico” al escoger la muerte como la última tentativa para resolver un conflicto existencial. La autoeliminación que esto implica, no es el intento más propio, más definitorio de sí, el asumirse como un sí-mismo auténtico (*Selbst*), sino más bien puede postularse que esta denominación obedece a una suerte de justificación del terapeuta frente a su impotencia y fracaso (Hirschmüller, 2003; Maltzberger, 1996).

Las últimas cuestiones constituyen dilemas centrales de ética médica, dilemas que la han movido desde hace muchos años. Por su parte, la bioética nació en los inicios de los años setenta del siglo pasado y el giro provocado por su modo de acercarse a la realidad moral fue tan radical que transformó el estilo de llevar a cabo la medicina, esto es, la clínica, la terapéutica y la investigación debieron justifi-

carse moralmente en base a argumentos razonados y criterios explícitos (Beauchamp y Childress 2001; Figuroa, 1995 b). Pero, sin pretenderlo, ha ido imponiendo progresivamente un modo de evaluar los actos médicos siguiendo procedimientos y estándares actuales y así juzga retrospectivamente con estos valores recientes prácticas anteriores.

El caso Ellen West presenta una doble dificultad que es necesario considerar atentamente para comprenderlo correctamente. Por una parte, el cuadro clínico se describió cuando aún no se había conceptualizado y elaborado la entidad llamada anorexia nerviosa y por ello fue investigada y tratada ateniéndose a una orientación completamente diferente. Por otra parte, la ética médica que está presente de manera implícita durante todo el proceso, obedece a la ética médica occidental tradicional porque tampoco había nacido la bioética médica de finales del siglo pasado (Jonsen, 1998).

El presente estudio persigue dos finalidades. Primera, analizar la ética médica que guía y está en la base de todo el encuentro terapéutico en sus diferentes niveles y, segunda, mostrar la dimensión histórica de la moral en la medicina, ya que la “ética médica” y “bioética” son dos momentos del todo diferentes y por ello no se puede simplemente traducir los comportamientos profesionales frente a Ellen West como conductas que trasgredieron las reglas y normas vigentes hoy.

Clínica de Ellen West

Ellen West (1887-1921), de personalidad tozuda, voluntariosa, ambiciosa, proclive a lo intelectual, desde los 13 años exhibe una conducta diferente pero a los 20 experimenta un cambio: sube tanto de peso a causa de un apetito desmesurado que sus compañeras la hostigan con sus bromas. A partir de este suceso, aparece intensa angustia por ser gorda, la cual comienza a combatir con dietas, comer sola, ejercicios exagerados y laxantes hasta desembocar en emaciación. Cuadros depresivos se suceden y a los 23 años de edad padece un colapso a raíz de un enamoramiento: se desgarran entre una ansiedad creciente a ser gorda y una avidez por comer especialmente alimentos

dulces. Se somete a una cura médica alejada de su enamorado, lo que aumenta su depresión y dos años después asiste a una clínica en régimen ambulatorio motivada por su delgadez extrema acompañada de la ingesta de 36 a 48 tabletas de tiroides. Comienza a intimar con su primo y a los 26 años se debate entre el amor por él y su antiguo pretendiente, con quien sostiene un encuentro ocasional. Finalmente, a los 28 años se casa con el primo y, porque ha subido hasta los 68 kilos, a sus instancias visita varios psiquiatras famosos, que no la ayudan a alejarse de su “idea fija” que la atormenta, querer ser etérea y estar carcomida por una voracidad animal. Al año siguiente presenta un aborto espontáneo y sus menstruaciones cesan. Asiste nuevamente al sanatorio para tratamiento pero los vómitos auto-provocados, 60 a 70 tabletas de laxantes, ejercicios agotadores y dietas estrictas la conducen nuevamente a un estado de fatiga y fiebre, que oculta a su marido. A los 31 años hay un nuevo colapso y se la interna en otra clínica para trastornos metabólicos con 42.3 kilos, a la que se adapta gracias a esconder la comida, autoprovocarse vómitos, mentir al médico y engañar a su esposo (Binswanger, 1957).

A los 32 y medio años, entre febrero y agosto de 1920, se somete a un primer psicoanálisis con un analista joven no ortodoxo, Viktor von Gebattel, y, a pesar de las esperanzas iniciales de Ellen, se muestra ineficaz (*nutzlos*) porque “me puede proporcionar conocimiento, pero no curación”. Entiende que está escindida entre el deber y la pulsión, la voluntad y el ansia, ser delicada o ser burguesa obesa. Poco después los acontecimientos se precipitan; entre octubre de 1920 y enero de 1921 se somete a un segundo psicoanálisis con otro analista de mayor experiencia, Hans von Hattingberg, pero el 8 de octubre y el 7 de noviembre hace dos intentos sucesivos de suicidio con tabletas. Su médico internista la hospitaliza bajo su cuidado a pesar de que su psicoanalista calificó uno de los intentos como “estado crepuscular histérico” y sus amenazas abiertas de arrojarse por la ventana o bajo las ruedas de un auto como manipulaciones, quizás relacionadas con la fuerte transferencia erótica y una regresión importante. Ellen se queja

del malestar que siente por tener que engullir la comida y el horror de ser obesa, y las interpretaciones del analista — sensación inmensa de vacío interno conectada con su erotismo anal— vuelven a ser experimentadas como que “todo es teoría, algo pensado”. Trata de recuperarse asistiendo como oyente a la universidad, pero las ideas sobre la muerte la siguen rondando con más fuerza en su mente, “no puedo encontrar ninguna redención, salvo en la muerte”. Hay una especie de poder siniestro que la acosa y violenta. En diciembre Kraepelin y Hoche efectúan una interconsulta y la diagnostican como “melancólica”, lo que no es aceptado por el analista, que continúa con su labor, ni por el internista, que se mantiene firme en continuar su hospitalización porque sus 42 kilos iniciales sólo alcanzan con esfuerzo los 47. Ella se queja de que ya nada le es natural, evidente, habitual (*Harmlosigkeit*), todo lo tiene que pensar, reflexionar y razonar en su comer y en su vida cotidiana, se percibe como alienada de sí misma. Finalmente el internista prohíbe prolongar el psicoanálisis, con lo que Ellen está de acuerdo y es ingresada al Sanatorio Bellevue (Binswanger, 1957).

Entre el 14 de enero al 30 de marzo de 1921 es tratada por su director Ludwig Binswanger, después de constatar que posee un hábito pícnico, desde hace cuatro y medio años no menstrúa, tres años que no tiene relaciones sexuales, padece de alteraciones endócrinas y sus glándulas salivales están engrosadas. La inquietud inicial es calmada mediante los encuentros terapéuticos, consigue bordear los 52 kilos, y se la conmina a que elabore una anamnesis detallada, lo que efectúa de buena gana junto a su marido. El recordar toda su existencia no impide que su estado se agrave, las ideas de muerte sean más invasoras, los sueños se tornen ominosos; este estado de intranquilidad la empuja a planear distintas posibilidades de autoeliminarse. Su fuerte lucha interna entre su destino — gorda, tosca— y su voluntad — finura, delicadeza — impele a Binswanger a plantear el traslado a un pabellón cerrado. Como medida previa llama en interconsulta a Eugen Bleuler y Alfred Hoche, que plantean el siguiente cuadro. Para Bleuler se trata de una esquizofrenia, para Hoche de una

constitución psicopática con desarrollo progresivo; ambos evalúan su pronóstico como muy reservado por falta de cualquier terapia que pudiera ser efectiva y, por ello, no justifican una internación más severa. Binswanger decide hablar con la pareja y ceder a las presiones para ser dada de alta solicitada insistentemente por Ellen. Ella declara “querer tener en sus manos su propia vida” aunque no pueda hacerlo con su dilema del comer y se va de alta con el mismo peso de ingreso, 43 kilos, y particularmente perturbada por su “idea”.

Aunque se muestra valiente, los tormentos son mayores que antes, no experimenta ningún relajamiento, los síntomas se agudizan al visitar parientes, se siente incapaz de vivir. Al tercer día de estar en casa todo cambia, desayuna con mantequilla y azúcar y, por vez primera en 13 años, se siente contenta después de haber almorzado. Da un paseo con su marido, lee poemas de Rilke, Goethe, Tennyson con un ánimo alegre, escribe cartas a sus amigas y, hacia la noche, toma una dosis letal de veneno, y, en la mañana, según el marido, “se veía como nunca durante su vida, tranquila y contenta y en paz” (Binswanger, 1957).

Saber práctico y saber teórico

La situación primaria de la que parte la relación es de incertidumbre, condición que afecta por igual a la paciente como a su psiquiatra, como sucede en toda enfermedad en mayor o menor grado, pero además de vulnerabilidad extrema, por la historia natural del problema y su avance arrollador a pesar de las diferentes terapias efectuadas. De ahí que la única ética que guiará a Binswanger, como veremos a continuación, estará orientada a la práctica y no a la investigación y, aunque en los años posteriores elabore el caso científicamente, lo que lo impulsará será intervenir, modificar y, si puede, recuperar a Ellen de su afección. En otros términos, él aplicará criterios morales que son los que se utilizan en la clínica de los pacientes graves con riesgo vital inminente y no en la ciencia empírica.

Desde Aristóteles se viene diferenciando entre la sabiduría práctica que, a diferencia de la sabiduría

teórica, era arte o *tékhnē*, que trata con lo particular, individual, singular, y *epistēmē*, esto es ciencia, que se ocupaba de lo universal y válido para todos (Aristóteles, 1985; Laín, 1986). El arte médico o *tékhnē iatrikē* es una variedad específica de la *tékhnē* y está sujeta a la moralidad propia de la sabiduría práctica y por ello Binswanger, fiel a su vocación de médico, se contacta de inmediato con Ellen como persona única, especial, original.

Se entiende que Binswanger como psiquiatra es un “técnico”, *tekhnitēs*, — profesional se denomina hoy —esto es, posee un saber, un saber hacer y un saber el por qué se hace así (Heidegger, 1967; Zubiri, 1963). Pero resulta claro que Binswanger diferencia nítidamente en su aproximación a Ellen entre las virtudes dianoéticas, propias del conocimiento intelectual, de las virtudes éticas y son estas últimas las que conducirán su accionar psiquiátrico en cuanto encuentro terapéutico.

El pacto de confianza

Binswanger está informado que Ellen ha mentido, engañado, ocultado su enfermedad a sus seres queridos y sus terapeutas, pero también sabe que es consecuencia de su delicada afección. Sobre todo está consciente que su meta está en el sufrimiento, en el enfrentamiento y, de ser posible, superación del sufrimiento o, cuando menos, en el acompañamiento durante el proceso. Por ello aspira con fuerza y durante toda su estadía intrahospitalaria a formar un pacto de cuidados basado en la confianza. Este pacto siempre es desigual porque el médico es el único que sabe y esto le da un poder especial, el del conocimiento, saber proceder y recetar. Pero la paciente también tiene un poder, aunque en Ellen es doblemente potente, un malestar que se transforma en exigencia desmedida y la promesa de cumplir o no las indicaciones.

Fiel a su propósito, Binswanger ensaya superar la brecha que los separa para igualar los poderes de cada uno y así pasar de un encuentro entre desiguales a uno entre iguales. Comparte su saber, propone directrices, la hace partícipe de los consejos de sus colegas para ayudarla en la recuperación, se comunica con su marido en su presencia (aunque parece que

en ocasiones no siguió este predicamento) (Akavia, 2008). Sin embargo la fragilidad del pacto de confianza es demasiado profunda y no se alcanza a conseguir o se resquebraja. Por parte de Ellen, por la sospecha de abuso, de obligación de someterse a reglas y procedimientos estrictos y, sobre todo, por sus propias expectativas desmesuradas que ha tenido desde niña, la ilusión de alcanzar la inmortalidad, inmaterialidad o espiritualidad pura. Por parte de Binswanger se triza por la necesidad urgente de imponer sus medidas de curación ante la debacle inminente, su frustración por no poder conseguirlo y su propuesta de aislamiento como una medida última desesperada.

El fracaso del pacto no significa que no fue íntimo, porque él se atuvo al carácter de persona de Ellen —no la objetivó— y se conservó en el plano de respeto mutuo hasta la despedida final.

Niveles de la ética médica

Ricoeur ha distinguido tres niveles éticos en el juicio médico: el nivel teleológico, el nivel deontológico y el nivel equitativo (Ricoeur, 1996). Esto significa vivir una vida buena o de acuerdo al bien, cumplimiento del deber u obligación y respetar lo justo. Más concretamente, en el plano médico se expresa en el deseo de salud, proceder según las normas o máximas de cuidado y demandar equidad en lo convenido.

Sobre la base del pacto de confianza, Binswanger oscila permanentemente entre dos estratos, el estrato del bien y el estrato del deber, el nivel de la virtud y el nivel de los derechos. Como ya dijimos que para él Ellen era una persona única e individual, hay que comenzar por la virtud y aquí él procede según la *phrónesis* o prudencia, puesto que el campo de ésta es el de las decisiones tomadas en situaciones singulares. Indagando detalladamente en su biografía lo más acabadamente posible, Binswanger sopesa lo más conveniente para la existencia de Ellen intentando un difícil equilibrio o “término medio” para alguien como Ellen que siempre ha vivido en los extremos. En esto también sigue a Aristóteles porque prudencia significa *mesótes*, “término medio”, no querer caer ni en el exceso ni el defecto, ni en la

pusilanimidad ni en la temeridad antojadiza, ni en la indecisión timorata ni en la osadía irresponsable. De ahí que las interconsultas a sus colegas no demuestran mediocridad sino anhelo de perfección, esto es, aquello que es mejor para Ellen dada sus condiciones críticas.

Que la virtud de la prudencia de Binswanger conduzca el pacto de confianza no implica que sea resultado de una beneficencia de buena voluntad o caridad. Se entiende que busca el bien de Ellen pero se asienta en criterios producto del ejercicio de su profesión, criterios practicados durante años por Binswanger y que, por ser morales, aquí se les llama preceptos y no normas, como veremos en el nivel deontológico.

El pacto de confianza finalmente se fundamenta en la relación médica que, siempre siguiendo a Aristóteles, es una variedad de amistad. Pero éste distinguía entre amistad por utilidad, amistad por placer y amistad por reciprocidad, por ser quién se es, como individuo único (Lain, 1985). Binswanger practica con Ellen la amistad por reciprocidad, aunque sin ponerse como finalidad primera la intimidad ni menos la relación amorosa.

Por lo visto hasta ahora, podemos proponer que, en el estrato teleológico, Binswanger trató a Ellen según su dignidad; ahora corresponde analizar si procedió con respeto por ella y para esto, es necesario cambiar de estrato.

El deber

Al ascender del plano del bien o vida buena al plano del deber, pasamos desde el pacto de confianza al contrato formalizado, desde las relaciones interpersonales a las relaciones contractuales, desde los preceptos a las máximas de acción, desde las virtudes o excelencias a los derechos y deberes (Ricoeur, 1990).

Este plano siempre es particularmente difícil porque se caracteriza por una multitud de funciones críticas que difícilmente son compatibles entre sí, esto es, la formulación de juicios deontológicos debe universalizar las máximas prudenciales, resolver los conflictos internos y externos en el campo de la intervención clínica y finalmente enfrentarse a los lími-

tes impuestos a las normas.

Binswanger necesitó encarar y dirimir tres máximas de acción clínica: el secreto profesional, el consentimiento para ser sometida a tratamiento y el derecho a la verdad. El primero se resolvió previamente, ya antes de entrar en relación Ellen y Binswanger: la paciente había aceptado con anterioridad que su diagnóstico y tratamientos efectuados fueran conocidos tanto por sus terapeutas previos como sus familiares, especialmente su marido. Si en el plano prudencial no había existido la confidencialidad de sus datos —protección de su intimidad— porque ella no la buscó, menos lo hubo en el plano de los derechos con el secreto que obliga al médico.

Por otra parte, Binswanger fue siempre transparente para que Ellen supiera cabalmente todos los procedimientos terapéuticos que él empleaba y, todavía más, ofreció información y alternativas de otros tratamientos cuando acudió a terceros psiquiatras en interconsulta, psiquiatras que también opinaron abierta y francamente sobre sus posturas y tácticas. Por decirlo en otros términos, la paciente los comprendió tal como se esperaba de una mujer adulta que no era especialista pero sí responsable de su existencia.

Por último, más que por un derecho de Ellen a saber la verdad, como lo exige el nivel deontológico, Binswanger invariablemente obró de acuerdo a la verdad, entendiendo que la verdad no es sólo ser verdadero sino, en el caso del psiquiatra, decir la verdad. Ricoeur hizo notar que Freud tuvo una ética en su postura psicoterapéutica y fue que la verdad se revelaba realmente en el diálogo, era una verdad dicha y sobre todo conquistada, se accedía venciendo resistencias, asumiendo las angustias y sobrellevando los temores. Esta verdad de Freud estaba impresa en la conocida sentencia del *Agamenón* de Esquilo: *pathei mathos*, “se aprende por el sufrimiento” (Ricoeur 1981; Figueroa, 2005). Aunque no fue discípulo directo de Freud, Binswanger continuó el camino abierto por el vienés de manera rigurosa cuando se decidió a conocer la intimidad profunda de la paciente. Cabe una pregunta sin posibilidad de ser resuelta ¿O habría sido más pertinente *oikto mathos*, “a través de la piedad se alcanza la sabiduría”? (Alford, 1992).

Empero quedó un punto difícil de encarar y resolver, las mentiras y ocultamientos de Ellen hicieron necesario a Binswanger tomar medidas de precaución extremas que, posiblemente, las dio a conocer a su paciente y a su marido. ¿O echó mano al deber de sigilo y privilegio terapéutico de no comunicar, retener o diferir estas medidas extraordinarias para protegerla y así no dañarla— el *primun non nocere* hipocrático—, en contraposición a como ella se había conducido recientemente, atentando contra sí al ingerir tabletas en dos ocasiones? (Hipócrates, 1990). No se puede responder porque no hay datos suficientes.

Ética del cuidado y ética de los resultados

Quizás el mayor problema moral de Binswanger fue percatarse rápidamente que no podía aspirar a sanar a Ellen o, si lo podía, no visualizaba bien cómo conseguirlo tomando en cuenta el escaso tiempo que disponía y las circunstancias críticas en que ella se encontraba. Hipócrates había enseñado que existían dos tipos de enfermedades, las afecciones *katà thýken* y las afecciones *kat'anánken*, afecciones “por azar desventurado” o “infortunio” y afecciones “por necesidad”. Frente a las primeras, el arte médico puede atacarlas y vencerlas o cuando menos, hacerlas tolerables. En cambio frente a las segundas, que son incurables o mortales, no cabe utilizar el arte sino resignada y veneradamente aceptar el mandato que impone la naturaleza, acompañar con devoción los oscuros designios de la existencia (Lain, 1970).

La enfermedad de Ellen era, ¿“azar desventurado” de una persona que había torcido el camino de su vida en un momento y, por tanto, potencialmente curable? o por el contrario ¿un mal “por necesidad” generado en su cuerpo físico y por ello incurable? Difícil cuestión, pero Binswanger dejó en claro que en su proceder él se conducía por una ética del cuidado antes que por una ética de curación, por una ética de medios antes que una ética de resultados, por el deber de apoyo, comprensión y sostén emocional antes que por el deber o ardor por alcanzar la salud a toda costa por parte del paciente, por amor (*philia*) a la enferma antes que por *furor sanandi* (Lain, 1958).

Binswanger analizó, discutió y argumentó la situación y sus consecuencias con Ellen, su marido y sus colegas. Él fue de la opinión de trasladarla a un pabellón de aislamiento, reconociendo que sus posibilidades terapéuticas eran notablemente reducidas, mientras los psiquiatras y en especial Ellen y su esposo optaron por el alta, ya que todos estaban conscientes del riesgo inminente de suicidio. La ética a la base del actuar de Binswanger fue deliberativa, respetando las predilecciones en el momento de definir Ellen la calidad de vida que quería llevar y, aunque no estaba de acuerdo con ella, aceptó que a lo que ella aspiraba era a llevar una “vida humana”, “un razonable uso de la libertad”, y no una vida extraordinaria, porque no deseaba estar presa en una “vida meramente biológica” (Figuroa, 2010). No cabe duda que el suicidio de Ellen no se incluye en ninguna de las variedades de eutanasia pasiva, aunque cabe la pregunta que hicimos en el caso de la muerte de Freud, empero con cierta variación. En Freud el dilema se planteaba entre ¿era la muerte misma o resolver el tormento y especialmente la falta de sentido (*Sinn*) de su vida?, en tanto que en Ellen ¿era la muerte misma o resolver el tormento mismo que representaba su existencia misma? (Figuroa, 2011a).

La razón práctica no proporciona certeza sino sólo probabilidad y así Binswanger podía creer firmemente que Ellen sería incapaz de vivir, pero nunca saber a ciencia cierta. En el fondo, él era consciente que en el hombre no se puede hacer nunca exactamente lo que se debe, es el *moral gap* o fracaso moral inherente a la existencia (Hare, 1996).

También se podría plantear de otra manera el trastorno de Ellen y su suicidio. Si postulamos que la afección de Ellen era radicalmente orgánica, sin ningún valor positivo, entonces diremos que se trataba de un defecto, una carencia, o una cantidad negativa. Si, por el contrario, proponemos que el mal que la aquejaba era otra manera de ser-en-el-mundo, una forma distinta de llevar a cabo su proyecto, entonces decimos que poseía valores positivos, quizás discutibles, erróneos o aún rechazables, pero proyecto al fin, poseedor de criterios personales de realización y valoración (Binswanger, 1955; Heidegger, 1994).

Entonces el suicidio sería, en el primer caso, un déficit de la estima de sí; en el segundo, un déficit de coraje de ser.

Conclusiones: la historicidad de la ética médica

El caso Ellen West muestra que la moral en la medicina ha cambiado y se ha producido un giro trascendental, el llamado giro ético, *ethical turn*, propio de finales del último siglo que inundó no sólo a las ciencias de la salud sino a todo el pensamiento occidental. Lo que sucede es que la ética forma parte del ser humano y, como dice Ortega y Gasset, la vida humana no sólo está inserta en la historia sino es radicalmente histórica (Figuroa, 2006; Ortega, 1940). Se ha pasado de una ética basada en las virtudes a una ética sustentada en el deber, desde las excelencias del médico a la autonomía del paciente, desde la prosecución de una vida buena a un ejercicio comandado por deberes, desde la prudencia o *phrónesis* a los derechos, desde la *bioethics* a la *biolaw*, desde el *áristos iatrós*, el médico óptimo, al médico eficiente. Naturalmente que no tan acentuado como lo hemos resumido, pero lo bastante como para reconocer que el nuevo siglo, el siglo XXI, a su vez, está pidiendo una nueva revolución de la ética médica que se dirija hacia otros sectores no explotados durante los últimos decenios por la actual bioética (Pellegrino, 1993; Pellegrino y Thomasma, 1988; Quill, 2001; Figuroa, 2010).

Eso significaría que el caso de Ellen West hoy sería manejado éticamente de otra manera, no se sabe si mejor, pero, en cualquier caso, diferentemente (Figuroa, 2010). Queremos acentuar los logros y dilemas de Binswanger frente a este caso *princeps*.

1] La ética médica es ejercida por él antes que reflexionada, es operante antes que conceptualizada, es vivida antes que operacionalizada. Todos los participantes del drama, Ellen, su marido, sus familiares, los médicos consultores, el mismo Binswanger, practican la moral propia de la medicina en lugar de preguntarse por ella o cuestionar sus métodos. Aún más, ni siquiera es mencionada, lo cual no significa que no era tomada en cuenta sino lo contrario, todos se adherían y la acataban como se había hecho desde

Grecia en todo el mundo occidental.

2] La ética de las virtudes y excelencias predomina y se expresa en la *phrónesis* o juicios prudentes que tienden al *mesótes* o “término medio”. Binswanger necesitó confrontar permanente y repetidamente la tendencia opuesta de Ellen a la desmesura y lo extremoso y, aunque no lo consiguió, nunca dejó de intentarlo. Quizás si esto último fue uno de los factores que lo inclinó por el diagnóstico de esquizofrenia y su “ruptura de la consecuencia de la experiencia natural”, seguida por una “escisión (*Aufspaltung*) de la inconsecuencia de la experiencia” en una alternativa rígida de “esto-o-lo-otro” (*Entweder-Oder*) (Binswanger, 1956, 1957).

3] El encuentro terapeuta-paciente es central, va más allá de todo lo técnico, es *philia* o amor, amistad por reciprocidad— por ser quién se es. La virtud que comandó la relación se debe entender como virtud en el aspecto humano así como también en la vertiente de pericia (Binswanger, 1961, 1973).

4] Pero también Binswanger fue especialmente cuidadoso en acatar las normas y máximas de acción, el secreto médico, la verdad compartida entre psiquiatra y paciente y la aceptación de todos los procedimientos terapéuticos y sus posibles variantes, aunque fueran opuestos a sus valores personales.

5] La crítica efectuada a Binswanger de que el suicidio de Ellen West no se puede considerar como “suicidio auténtico” procede de un mal entendido. El error proviene que se toma en sentido psicológico lo que Binswanger está hablando en sentido existencial (*daseinsmäßig*) propio del *Daseinsanalyse* o Análisis existencial. “Yo soy yo mismo *auténtico* o *propio* (*eigentlich*), existo auténticamente allí donde abro la situación decididamente en el *actuar*, en otras palabras, donde el futuro y el pasado se reúnen en el presente *auténtico*” (Binswanger, 1957). Explicar detalladamente esta frase está fuera del presente trabajo pero deja la inquietud que, para entender acabadamente la palabra “auténtico” o “propio”, es necesario saltar del nivel, desde el plano psíquico al del *Dasein* o ser humano propiamente tal (Figuroa, 2011b).

Referencias

- Akavia, N. (2008). Writing “The case of Ellen West”: Clinical knowledge and historical representation. *Science in Context*, 21, 119-144.
- Akavia, N. y Hirschmüller, A. (2007). *Ellen West: Gedichte; Prosatexte; Tagebücher; Krankengeschichte*. Heidelberg und Kröning: Asanger.
- Alford, C. F. (1992). *The psychoanalytic theory of Greek tragedy*. New Haven and London: Yale University Press.
- Aristóteles. (1985). *Ética a Nicómaco*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales.
- Beauchamp, T.L. y Childress, J.F. (2001). *Principles of biomedical ethics*. (5th edition). New York: Oxford University Press.
- Binswanger, L. (1944a). Der Fall Ellen West. Eine anthropologisch-klinische Studie. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 53, 255-277.
- Binswanger, L. (1944b). Der Fall Ellen West. Eine anthropologisch-klinische Studie. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 54, 69-117
- Binswanger, L. (1944c). Der Fall Ellen West. Eine anthropologisch-klinische Studie. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 54, 330-360
- Binswanger, L. (1945). Der Fall Ellen West. Eine anthropologisch-klinische Studie. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 55, 16-40.
- Binswanger, L. (1955). *Ausgewählte Vorträge und Aufsätze. Band II. Zur Problematik der psychiatrischen Forschung und zum Problem der Psychiatrie*. Bern: Francke.
- Binswanger, L. (1956). *Drei formen missglückten Daseins*. Tübingen: Niemayer.
- Binswanger, L. (1957). *Schizophrenie*. Pfullingen: Neske.
- Binswanger, L. (1961). *Ausgewählte Vorträge und Aufsätze. Band I. Zur phänomenologischen Anthropologie*. (2. Auflage). Bern: Francke.
- Binswanger, L. (1973). *Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins*. (5. Auflage). München: Reinhardt.
- Figuroa, G. (1983). La fenomenología en la psiquiatría. *Revista de Ciencias Sociales (Chile)*, 22, 207-229.
- Figuroa, G. (1991). Problemas de la psicoterapia existencial. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 28, 45-59.
- Figuroa, G. (1995a). Los fundamentos del análisis existencial. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 33, 21-29.

- Figuroa, G. (1995b). ¿Por qué bioética hoy?. *Revista Médica de Chile*, 123, 777-784.
- Figuroa, G. (2005). Al saber la verdad Edipo se arrancó los ojos. Bioética de la revelación del diagnóstico. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 43, 148-158.
- Figuroa, G. (2006). Ortega y Gasset y la psiquiatría biológica: "Si queremos que todo siga como está, es necesario que todo cambie". *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 44, 134-146.
- Figuroa, G. (2010). Aspectos bioéticos de los desórdenes alimentarios. En: G. Figuroa y R. Behar (Eds). *Trastornos de la conducta alimentaria*. (Segunda edición). (pp. 222-241) Santiago: Mediterráneo,
- Figuroa, G. (2011a). Bioética de la muerte de Sigmund Freud ¿Eutanasia o apropiación? *Revista Médica de Chile*, 139, 511-516
- Figuroa, G. (2011b). La bioética actual: las interrogantes de Heidegger. *Revista Médica de Chile*, 139, 1377-1382.
- Hare, J. E. (1996). *The moral gap: Kantian ethics, human limits, and god's assistance*. Oxford: Clarendon Press.
- Heidegger, M. (1963). *Sein und Zeit*. (10. Aufl). Tübingen: Niemeyer.
- Heidegger, M. (1967). *Wissenschaft und Besinnung*. En: M. Heidegger, *Vorträge und Aufsätze*. (5. Aufl.). (pp. 41-66). Pfullingen: Neske
- Heidegger, M. (1994). *Zollikoner Seminare. Protokolle-Zwiesgespräche-Briefe*. (2. Auflage) Frankfurt: Klostermann.
- Hipócrates. (1990). *Tratados hipocráticos I*. Madrid: Gredos.
- Husserl, E. (1962). *Phänomenologische Psychologie. Vorlesungen Sommersemester 1925*. Husserliana IX. Den Haag: Martinus Nijhoff.
- Hirschmüller, A. (2003). *Ellen West. Eine Patientin Ludwig Binswangers zwischen Kreativität und destruktivem Leiden*. Heidelberg und Kröning: Asanger.
- Jonsen, A. (1998). *The birth of bioethics*. New York: Oxford University Press.
- Laín, P. (1958). *La curación por la palabra en la antigüedad clásica*. Madrid: Revista de Occidente.
- Laín, P. (1970). *La medicina hipocrática*. Madrid: Revista de Occidente.
- Laín, P. (1985). *Sobre la amistad*. Madrid: Espasa-Calpe
- Laín, P. (1986). Amor al hombre y amor al arte en la medicina hipocrática. P. Laín. *Ciencia, técnica, medicina*. (pp. 218-227). Madrid: Alianza.
- Maltsberger, J. T. (1996). The Case of Ellen West Revisited: A Permitted Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26, 86-97.
- Ortega, J. (1940). *La razón histórica. Obras Completas*. Tomo XII. (pp. 147-237). Madrid: Revista de Occidente.
- Pellegrino, E.D. (1993) The metamorphosis of medical ethics. A 30-year retrospective. *Journal of the American Medical Association*, 269, 1158-1162.
- Pellegrino, E.D. y Thomasma D.C. (1988). *For the patient's good: The restoration of beneficence in health care*. New York: Oxford University Press.
- Quill, T.E. (2001). *Caring for patients at the end of life*. New York: Oxford University Press.
- Ricoeur, P. (1981). The question of proof in Freud's psychoanalytic writings. En: J.B. Thompson (Ed). *Paul Ricoeur. Hermeneutics & the human sciences*. (pp. 247-273). Cambridge: Cambridge University Press.
- Ricoeur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris: du Seuil.
- Ricoeur, P. (1996). Les trois niveaux du jugement médical. *Esprit*, 12, 21-33.
- Zubiri, X. (1963). *Cinco lecciones de filosofía*. Madrid: Sociedad de estudios y publicaciones.