

## Medicina Psicosomática: ciencia y ética

**E**n el 60 aniversario de la Declaración Universal de Derechos Humanos, el 10 de noviembre de 1948.

### 1. ¿De qué medicina hablamos?

Sobre los grandes logros del enfoque empírico-naturalista de la medicina científico-técnica, orientado al diagnóstico y al tratamiento de la enfermedad aguda, el enfoque holístico concibe al paciente como agente autónomo, con derecho a ser informado y a participar en la toma de decisiones que conciernen a su salud, según sus creencias y valores específicos, a la vez que como sujeto responsable del cuidado de su salud y de la realización del tratamiento convenido, sobre todo en el caso de las enfermedades crónicas. En este sentido, la Ley 41/2002 regula la autonomía del paciente, así como sus derechos y obligaciones. Desde el punto de vista organizativo, esta Ley declara la prioridad de humanizar unos servicios sanitarios de calidad a todos los ciudadanos europeos sin ningún tipo de discriminación, en condiciones de escrupuloso respeto a la intimidad y la libertad individual. La decisión ética es siempre una decisión que se adopta en primera persona e incluso en situaciones complejas y ante la toma de decisiones difíciles no se debe sustituir la voluntad propia de la persona que está llamada a ejecutarla como agente moral autónomo y responsable de sus decisiones (Gracia, 2007).

El ser humano es una compleja unidad psicobiológica en continuo desarrollo a lo largo del ciclo vital, en un mundo globalizado y en una sociedad determinada, un ser con dignidad y valor intrínseco. No somos consumidores de un mercado en crisis o entre crisis, sino **constructores-creadores de salud/enfermedad**, de una cultura de paz o de violencia insolidaria, según lo que pensemos, decidamos y según actuemos: conductas de riesgo o conductas de mejora de la salud y del bienestar social (Levenson, 2006).

La labor de la medicina actual va más allá de intentar solucionar los problemas científico-técnicos que plantea la enfermedad (e minúscula) y se adentra en el campo de la educación del enfermo (E mayúscula) para la salud, orientada por la moderna teoría bioética, entendida como "BIOS" modo de vida ético, sano y virtuoso. La antigua relación médico-enfermo se ha complejizado y tornado más conflictiva e incluye la moderna teoría bioética aplicada a la práctica clínica, según numerosos trabajos como los de Diego Gracia y Javier Júdez (2004) quienes señalan el inevitable conflicto entre los agentes sociales implicados en la actividad clínica actual:

1. El enfermo actúa por el principio moral de autonomía.
2. El médico por el de beneficencia y la *lex artis*, según se recoge en Los Principios de Ética Médica de 1957 de la A.M.A.: "el objetivo principal de la medicina es el beneficio del enfermo".
3. Las instituciones sociales por el de justicia.

Se trata de las 3 dimensiones bioéticas esenciales de una actividad clínica de calidad, en el marco de unas adecuadas relaciones asistenciales en un entorno organizativo saludable. Existen otros importantes factores condicionantes como son el control eficientista del gasto sanitario, y nuevas variables socioculturales como la intolerancia a la frustración y la compulsión adictiva que anestesian el pensamiento crítico y generan mayor insatisfacción e insatisfacción personal. Los servicios sanitarios devienen objeto de consumo ávido, con expectativas irreales que producen desconfianza y hostilidad hacia el personal sanitario.

La introducción del sujeto en la medicina es uno de los principios básicos de la Medicina

Psicosomática, entendida como una atención de carácter integral e interdisciplinar, centrada en la consideración del enfermo como sujeto autónomo y competente, que tiene por objeto promover la mejor calidad de vida y el afrontamiento del estrés, con respeto a los valores y preferencias de los enfermos.

El concepto de enfermedad como problema biológico, se amplía con el concepto de enfermedad psicosomática al incluir las 5 dimensiones que integran la identidad de todo ser humano, según se propone también desde la Psicopatología (Pelegriña Cetran, 2006): biológica, biográfica, psicológica, social y ética o moral.

1. **Dimensión Social**, constitutiva de nuestra existencia desde el vínculo del apego: Somos una "persona" que despliega diversos roles sociales. Es la "identidad de rol".

2. **Dimensión Biológica**: Objetivo del quehacer médico, a riesgo de reduccionismos teórico-clínicos.

3. **Dimensión Biográfica o Histórica**: Se desarrolla de forma gradual a lo largo del tiempo: el ciclo vital como oportunidad de "llegar a ser uno mismo"

4. **Dimensión Psicológica** como vivencia construida de forma autónoma y lúcida, con capacidad de "dar sentido" a la existencia y con "un modo de ser" propio. Las capacidades psicológicas que caracterizan a una persona son: autoconciencia, racionalidad, responsabilidad, creatividad y libertad.

5. **Dimensión Ética o Moral**, según los valores, normas y deberes morales asumidos. De todos ellos el más importante es el derecho a la vida, reconocido en el artículo 15 de la Constitución Española, y que tiene un sentido de protección positiva de todas las personas, incluso los que son más vulnerables y los discapacitados.

En consecuencia una atención clínica de calidad debe incluir:

- Valoración global del paciente y no sólo de algunas de sus partes.
- Derecho a ser informado de forma adecuada por el profesional responsable y efectuar el consentimiento informado preceptivo.
- Derecho a participar en el proceso clínico de toma de decisiones a través de la deliberación el respeto a la decisión del paciente.
- Tratamiento individualizado y basado en la evidencia científica.
- Continuidad de cuidados y seguimiento adecuado, con el deber de no abandonar al paciente.
- Consideración de la calidad de vida del paciente. Se distingue la calidad de vida subjetiva y la evaluada por un observador externo con un instrumento objetivo, que correlacionan de modo significativo, salvo por distorsiones debidas a estados transitorios como depresión o ansiedad y por los valores de cada paciente como su capacidad para tolerar y dar sentido al malestar y al sufrimiento humano.
- La muerte, parte natural de la vida, es un proceso explicable científicamente como realidad biológica, es incomprensible racionalmente como ausencia de todo sentido, salvo como mal individual finalmente inevitable, que suscita una intensa angustia y rechazo general. Al contrario, aprender a tener en cuenta la muerte a lo largo de la vida ayuda a vivir mejor, según la evidencia científica actual.

## 2. Antecedentes históricos

Sorprinde que todas estas consideraciones, tan aparentemente innovadoras, formen parte de la Teoría de la Práctica Clínica desde la Antigüedad. Así, Aristóteles describía las características de la identidad profesional del "médico perfecto", según recoge en el Epílogo Diego Gracia (2007):

1. Competencia científico-técnica específica.
2. Neutralidad afectiva y respeto a la autonomía del paciente.
3. Orientación moral altruista y amistosa (“philia”) y respeto al principio de beneficencia.
4. Orientación por el principio de justicia en la relación sanitario-enfermo-sociedad.

Según Arsuaga (2004) por los hallazgos arqueológicos disponibles, los Neandertales experimentaban sentimientos solidarios hacia los individuos débiles y enfermos, que recibían el cuidado de los miembros sanos de la tribu, en vez de ser abandonados, como sucede en otros pueblos primitivos en los que el abandono es la causa más frecuente de muerte. La humanidad nace con el desarrollo de la capacidad de cuidar a un semejante enfermo, con la empatía y la solidaridad que promueve la ayuda mutua, basada en el reconocimiento del valor de la vida y de la dignidad de todo ser humano.

Hipócrates nos enseña también en los Preceptos que: “Donde hay amor a la humanidad, también lo hay al arte de la medicina”.

### 3. Conclusiones

– La segregación de los enfermos estigmatizados socialmente es indigno e intolerable, sean los inclurables o los enfermos con trastornos mentales graves, con toxicomanías, los ancianos y los “no nacidos”.

– La relación clínica no puede ser una relación de dominio o abuso de poder, sino de confianza y colaboración mutua entre todas las partes implicadas.

– Es necesario potenciar los Recursos psicosociales inherentes a una asistencia clínica de calidad, de personas con personas, con la conveniencia de aprender técnicas tales como las de Relajación y meditación, Habilidades Sociales para la identificación y la solución de conflictos con técnicas de mediación, Habilidades de autocuidado y prevención de riesgos psicosociales, etc.

– Las relaciones entre médicos y con otros sanitarios deben basarse en los mismos principios éticos que en las relaciones con los enfermos.

– Los colegios profesionales (en crisis) tienen el reto y la responsabilidad de garantizar una asistencia clínica de calidad, garantizar el tratamiento del personal sanitario enfermo y la seguridad de los enfermos.

JOSÉ CARLOS MINGOTE ADÁN

Médico Psiquiatra

Presidente de la SEMP

(1) Arsuaga Ferreras JL.: Atapuerca y la evolución humana. Fundación Caixa de Cataluña. Barcelona, 2004.

(2) Gracia D.: Fundamentos de Bioética. Ed. Triacastela. Madrid, 2007.

(3) Gracia D y Júdez J.: Ética en la práctica clínica. Ed. Triacastela. Madrid, 2004.

(4) Levinson JL.: Tratado de Medicina Psicosomática. Ars Médica. Barcelona, 2006.

(5) Pelegrina Cetran H.: Fundamentos Antropológicos de la Psicopatología. Ed. Polifemo. Madrid, 2006.

(6) Sánchez-Caro J y Abellán F.: Instrucciones previas en España. Aspectos bioéticos, jurídicos y prácticos. Fundación Salud 2000. Granada, 2008.