

**Paola Buedo, *Ethos mental. Bioética para re-pensar la salud mental*, Argentina, Prometeo, 2022, 160 pp. ISBN: 978-987-816-432-8**

GUSTAVO ORTIZ MILLÁN  
Instituto de Investigaciones Filosóficas  
Universidad Nacional Autónoma de México

La ética de la salud mental es un área que cobra cada día mayor relevancia. Una de las principales razones para este creciente interés se debe a que los padecimientos mentales afectan a cada vez más gente en el mundo. Según nos dice Paola Buedo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que estos padecimientos afectan a un 25% de la población mundial y representan un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal; entre 1990 y 2013, el número de personas con diagnóstico de depresión o ansiedad aumentó en aproximadamente un 50%. Asimismo, en ese periodo las tasas de suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial (p. 82). Cuando tenemos en cuenta estas alarmantes cifras, y cuando nos enteramos que muchos de esos padecimientos no son abordados o al menos no adecuadamente, llama la atención que la ética de la salud mental no tenga un lugar más relevante dentro de esa disciplina que hoy en día llamamos bioética, en la que se suelen estudiar cuestiones de ética médica, pero sin detenerse en esta subdisciplina. Ciertamente hay muchas preocupaciones en común con la ética médica, pero hay muchas otras que son específicas de esta área de la bioética.

Tal vez la primera cuestión al abordar esta área de la bioética sea una de clasificación: ¿es la ética de la psiquiatría y las psicoterapias una rama de la ética médica? ¿O es más bien una rama de esa área que hoy en día llamamos neuroética? ¿O tal vez caiga en ambas áreas en tanto que tiene que ver con la investigación de fenómenos neurológicos y psiquiátricos, pero también con el tratamiento de pacientes? En todo caso, mucho depende de cómo se vean las áreas de acción de la ética médica y de la neuroética. Es un área de la ética médica en el sentido de que los psiquiatras son mé-

dicos que tratan a pacientes y el modo en que los tratan está regido por las mismas normas que rigen a otras especialidades médicas. Algunos de los mismos problemas que encontramos en otras especialidades los encontramos también en la psiquiatría, por ejemplo, algunos de los problemas tradicionales de la ética médica, como son el consentimiento informado, la confidencialidad en la relación médico-paciente, problemas de asignación de recursos médicos escasos, entre otros. Otro de los problemas que encontramos en la ética de la psiquiatría es tratar de responder a la pregunta ¿cuándo puede un médico tratar a un paciente con una discapacidad mental en contra de su voluntad? Esta pregunta aparece no solo en la psiquiatría, sino en la pediatría y en la ginecología, por mencionar un par de otras especialidades médicas, y tiene que ver con una cuestión central hoy en día en la discusión en ética médica: la autonomía del paciente y su peso frente a la autoridad del médico. Buena parte de la ética de la psiquiatría cae dentro de eso que llamamos ética médica y quienes ejercen la psiquiatría tienen que darse cuenta de que sus acciones tienen una dimensión moral ineludible y que bien pueden recurrir a las teorías disponibles en la ética médica para ayudarse a tomar mejores decisiones morales.

Las disciplinas que abordan la salud mental son diversas y hay que decir que, aunque Buedo se enfoca en la psiquiatría y en psicoterapias clínicas (particularmente el psicoanálisis, las terapias cognitivo-conductuales y las terapias sistémicas), también contempla otro tipo de terapias alternativas (como el enfoque de la salud mental comunitaria, el de la rehabilitación social y el enfoque humanista, entre otros). De hecho, nuestra autora tiende a favorecer este tipo de enfoques alternativos.

Por otro lado, la bioética de la salud mental también forma parte de eso que hoy en día se llama neuroética. La neuroética es una subdisciplina dentro de la bioética que empezó a emerger a fines de la década de 1990 y principios de los 2000. Surgió del trabajo interdisciplinario entre neurólogos, científicos cognitivos, psiquiatras, psicólogos, filósofos y otros en torno a temas que se encuentran en el entrecruce entre las neurociencias y la ética. Un modo que ha propuesto Adina Roskies (2021) –una de las pioneras en el área– para agrupar los problemas que aborda la neuroética es la división entre 1) la ética de las neurociencias (entre

las que se encuentran la psiquiatría y la psicología) y 2) la neurociencia de la ética. En términos generales, bajo el primer rubro se encuentran las cuestiones que tienen que ver con la ética de la investigación en neurociencias, psiquiatría y ciencias cognitivas, así como con la ética en el tratamiento terapéutico de enfermedades mentales –lo que ya entra propiamente en el ámbito de la ética médica–. También tiene que ver con lo que podemos hacer con el cerebro a través de neurotecnologías, que incluyen distintas formas de manipulación neuronal que pueden ir desde el uso de drogas hasta técnicas de mejoramiento cognitivo. Bajo el segundo rubro se encuentra el estudio de los procesos psicológicos y neurológicos que subyacen a nuestro pensamiento y conducta morales. Por ejemplo, las neurociencias han logrado identificar las áreas del cerebro que se activan cuando se hacen juicios morales, se tienen reacciones morales emocionales o cuando se miente. También han contribuido con una perspectiva empírica a la discusión de antiguos problemas filosóficos como el de la libertad de la voluntad y la responsabilidad (no obstante, este segundo rubro no es propiamente un área de la bioética si ésta se entiende en un sentido normativo; sino que, como parte de una explicación científica de lo que sucede en el cerebro, es un área de la ciencia, no de la ética. En todo caso, Buedo no aborda este segundo enfoque; su preocupación se encuentra en el primer rubro.)

La clasificación que aquí presento es un tanto diferente de la clasificación que nos presenta Buedo –que no piensa, por ejemplo, que la bioética de la salud mental forme parte de la ética médica–, pero en realidad esto tiene poca relevancia; los asuntos taxonómicos pueden ser importantes, pero en este caso las diferencias clasificatorias pueden dar paso a cuestiones más importantes. Lo verdaderamente interesante del libro de Buedo es que la bioética, con los diferentes enfoques y herramientas que ha desarrollado, puede ayudar a quienes practican la psiquiatría y las psicoterapias, y a otras personas que trabajan en el campo de la salud mental, a resolver de un modo más ético los problemas a los que se enfrentan cuando se confrontan a padecimientos de salud mental en sus pacientes (aunque aquí habría que tener cuidado y no caer automáticamente, como ciertamente no lo hace Buedo, en la idea de que a

una mayor ética en la conducta de los psiquiatras habrá necesariamente mayores niveles de salud en los pacientes; eso puede ser cierto para algunas teorías bioéticas, pero no para todas, salud y moralidad son dos valores que pueden en ocasiones estar reñidos uno con el otro).

Un tema que entra bajo el rubro de la ética de las neurociencias y de la psiquiatría en particular es el de la distinción entre lo normal y lo patológico y consecuentemente el tema de la definición de la enfermedad mental. La distinción tiene una significación moral porque de ella depende cómo se trate a los pacientes y sus padecimientos. Entre otras cosas, no deja de llamar la atención que con cada edición del Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en inglés) de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense (APA, por sus siglas en inglés), hayan ido en aumento el número de trastornos mentales: las 102 categorías de diagnóstico que incluía el DSM-I en 1952, pasaron a ser 357 trastornos en 2013, en el DSM-V, y eso no incluye un conjunto de trastornos potenciales que están etiquetados como “condiciones para estudios adicionales” (Cherry, 2023). Esto ha llevado a cuestionamientos respecto de si en 60 años ha aumentado tanto el número de nuevos trastornos mentales, si antes había un subdiagnóstico y ahora hay un sobrediagnóstico, si han cambiado las maneras de conceptualizar y clasificar condiciones mentales —aquí sí importan los asuntos clasificatorios—, o si más bien se debe a un afán, por parte de la disciplina psiquiátrica, de patologizar y medicalizar condiciones que en otro momento eran consideradas normales. Por ejemplo, si antes un niño era distraído, no ponía atención y era muy inquieto y se consideraba que eso era una condición pasajera, hoy en día se dirá que sufre de “trastorno de déficit de atención e hiperactividad” y se buscará medicalizarlo con psicofármacos como Ritalina. Como parte de este proceso de medicalización Buedo señala que algunos estudios han encontrado que el 69% de quienes participaron en la elaboración del DSM-V tenían algún tipo de vínculo con la industria farmacéutica, un 21% más en relación con el DSM-IV; dentro de ese 69%, “en aquellos grupos de trabajo que definían trastornos que implican un tratamiento farmacológico como intervención de primera línea, el porcentaje [de participación] era mayor: 100% en el grupo de trastornos de

sueño-vigilia y 83% en el panel de trastornos psicóticos” (p. 95). Parece que nos encontramos con un claro caso de conflicto de interés en el modo en que se patologizan –y mercantilizan– muchas condiciones que en otro momento podrían haber sido consideradas como no patológicas.

Algo que vuelve más sospechoso todo este asunto de la vaga línea entre lo normal y lo patológico es que en ocasiones la categorización de una cierta condición como patológica se mezcla con prejuicios morales o incluso con intereses económicos. Por ejemplo, en un artículo publicado en 1851 en el *New Orleans Medical and Surgical Journal* el Dr. Samuel Cartwright describía la enfermedad mental de la drapetomanía, que consistía en una condición que sufrían los esclavos negros manifiesta en su tendencia a escapar de los amos blancos (Hope, 2044, p. 75). Más recientemente, en 1952, el DSM-I clasificaba a la homosexualidad como un trastorno mental, una clasificación que sólo desapareció en 1973 tras los cuestionamientos del movimiento por los derechos de homosexuales y el cambio en el pensamiento moral de la época –la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la OMS mantuvo a la homosexualidad en su lista hasta los años 1990–. La clasificación de la homosexualidad como un trastorno mental legitimaba las terapias de conversión sexual utilizadas para modificar la orientación sexual de las personas homosexuales y que ahora se ven como terapias pseudocientíficas que obviamente no “curaban” la homosexualidad –y que sí podían tener efectos negativos en la salud mental de la gente como depresión, ansiedad, uso de drogas o incluso suicidio–. De hecho, este tipo de situaciones dieron origen, en los años 1960, a la antipsiquiatría, un movimiento basado en la idea de que el tratamiento psiquiátrico era frecuentemente más dañino que benéfico y que los diagnósticos psiquiátricos se basaban en criterios muy cuestionables.

Relacionado con la cuestión de la distinción entre lo normal y lo patológico se encuentra el asunto de cómo categorizamos la condición en la que se encuentra el paciente de la psiquiatría y las psicoterapias. Buedo opta por “sufrimiento mental” por sobre “trastorno mental”, “enfermedad mental”, “insania”, “locura” o “alienación”. Ella opta por desechar “enfermedad mental” porque la etiología y la fisiopatología son características difíciles de encontrar en los trastornos o sufrimientos mentales; estos son

requisitos establecidos para la definición de una enfermedad (la falta de criterios objetivables facilita que se mezclen prejuicios morales en la caracterización de los trastornos mentales, como en el caso de la homosexualidad). Pero, en contra de lo que dice Buedo, me pregunto si no deberíamos optar por “trastorno” por sobre “sufrimiento” por varias razones: la primera, que puede resultar trivial, es porque es la que utiliza la APA en el DSM y que establece criterios más o menos precisos para hacer diagnósticos. Por otro lado, Buedo opta por “sufrimiento” porque hace referencia a percepciones subjetivas no necesariamente acompañadas de signos o síntomas objetivables. Sin embargo, uno no puede dejar de preguntarse si no es también posible que alguien presente síntomas objetivables sin que se percate de ellos; pienso en el caso de un Alzheimer avanzado en el que la persona ni siquiera tiene la capacidad de experimentar sufrimiento. Tal vez no sería posible que habláramos de sufrimiento en ese caso, aunque hay un claro trastorno mental. Algo similar puede decirse de la esquizofrenia: mucha gente con este trastorno no tiene conciencia de su propia condición, a pesar de que hay signos objetivos para hacer el diagnóstico.

Una de las partes más interesantes del libro de Buedo se encuentra en su propuesta de introducir conceptos provenientes de la ética feminista para el análisis de los trastornos mentales. La propuesta concreta es la de introducir el concepto de autonomía relacional, frente al modo tradicional de entender la autonomía, es decir, un modo individualista en el que el agente autónomo decide y actúa sobre la base de razones que considera propias y que no son producto de fuerzas externas manipuladoras. La autonomía relacional, en cambio, toma en consideración los factores sociales en los que se encuentra la agente: “la interdependencia en las relaciones sociales pasa a ser condición de posibilidad de la autonomía. La autonomía relacional nos permite poner en valor aquellas condiciones que favorecen el proceso de toma de decisiones e identificar las que la lesionan, para poder trabajar sobre tales condiciones, aumentando las posibilidades de decidir autónomamente y fortaleciendo la agencia moral” (p. 36). Esta, me parece, es una aportación importante, pues ayuda a cambiar el enfoque individualista de la salud mental al enfatizar la idea de que la salud es un proceso social, o fuertemente influida por el con-

texto social, y que cualquier psicoterapia encaminada a alcanzarla debe considerar este aspecto social. Los modelos de atención alternativos que acompañan esta propuesta favorecida por Buedo tendrían que incorporar el contexto social, priorizando vínculos sociales o promoviendo que las personas de la comunidad se cuiden entre sí. No basta entonces con que la psiquiatría y la diversidad de psicoterapias tomen en cuenta simplemente la sintomatología del paciente, sino que deben –donde este *deben* tendría que entenderse en un sentido moral– tomar en cuenta los aspectos relacionales y sociales en que se dan trastornos mentales específicos.

Buedo enfatiza mucho este aspecto –llamémoslo *horizontal*– de la autonomía en el que ésta debe verse no como un fenómeno individual, sino como parte de un entramado de relaciones sociales; pero quisiera llamar la atención a otro aspecto de la autonomía que yo llamaría *vertical*, pero que no está igualmente desarrollado en el libro. La autonomía no es una cuestión binaria, que se tiene o no se tiene, o que se adquiere cuando cumplimos la mayoría de edad, la autonomía es una cuestión de grados, que se va adquiriendo poco a poco conforme vamos madurando, pero que también se pierde poco a poco conforme vamos envejeciendo o cuando desarrollamos algún trastorno mental que va afectando nuestra capacidad para decidir y actuar sobre la base de las razones que consideramos como propias, pero que también afecta nuestras relaciones personales. Creo que ese es un aspecto de la autonomía que Buedo deja un poco de lado para enfatizar el aspecto horizontal, es decir, el relacional. Sin embargo, creo que nos ayuda uno tanto como el otro para entender la autonomía, la salud mental y, por consiguiente, los tratamientos terapéuticos encaminados a tratar trastornos mentales.

Junto con el concepto de autonomía, Buedo introduce la idea de capas de vulnerabilidad, originalmente desarrollada por Florencia Luna –autora de un prólogo al libro–, según la cual la vulnerabilidad debe entenderse a través de la metáfora de las capas. La vulnerabilidad se refiere a la situación en que individuos o poblaciones necesitan de una protección especial. Según la metáfora de las capas, una persona puede encontrarse bajo distintas formas de vulnerabilidad (por su sexo, su edad, su condición económica, su grupo étnico, sus patologías o discapacidades,

etc.) y lo que añade Buedo es que cada una de estas capas tendrá incidencia en el ejercicio de su autonomía. Tomar en cuenta estos factores debería servir para dar un tratamiento adecuado a las personas con trastornos mentales, ahí reside la importancia de estos conceptos provenientes de la bioética para el tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico.

*Ethos mental* de Paola Buedo es un libro que, como dice el subtítulo, nos invita a “re-pensar” el tema de la salud mental y a darnos cuenta de que no solamente estamos frente a un asunto médico, sino también frente a un asunto moral, que requiere de un análisis bioético. Hay muchos elementos relevantes en el libro –más de los que he podido presentar aquí–, y con ello la autora ha hecho una contribución importante que le agradecemos todos aquellos a quienes nos interesa la bioética y la salud mental.

## Referencias

- ROSKIES, A., “Neuroethics”, *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, <https://plato.stanford.edu/archives/spr2021/entries/neuroethics/>, 2021.
- CERRY, K., Diagnostic and Statistical Manual (DSM) Overview, Verywellmind, 14 de marzo de 2023, disponible en: <https://www.verywellmind.com/the-diagnostic-and-statistical-manual-dsm-2795758>. Fecha de acceso: 20 de junio de 2023.
- HOPE, T., *Medical Ethics. A Very Short Introduction*, Oxford: Oxford University Press, 2004.