

SALUD MENTAL: HACIA UN MARCO ÉTICO

Quizá uno de los mayores cambios experimentados durante los últimos siglos en el ámbito de la medicina sea el de haber pasado de considerar enfermedades a considerar personas. Se ha puesto el acento decisivo en las personas enfermas y no sólo en las enfermedades. Esto implica, entre otras cosas, hacer una apuesta explícita por el sentido humano de las profesiones sanitarias y por el lugar central que en ellas ocupa la relación médico-paciente. Y quizá todo ello tenga aún mayor relevancia con las personas que padecen trastornos mentales. La responsabilidad y el cuidado hay que insertarlos ahí, puesto que ése es el lugar donde tiene sus raíces: el lugar de la ética.

1. «LA ÉTICA EMPIEZA CUANDO APARECE EL OTRO» (U. ECO)

«La ética empieza cuando entra en escena el otro». De hecho, toda ley, moral o jurídica, regula siempre relaciones interpersonales. La experiencia de que el otro está en nosotros no es una vaga tendencia sentimental. Es una condición fundadora del propio “yo”. Cada uno de nosotros no consigue saber quién es sin la mirada y la respuesta del otro (U. Eco, *Cinco lecciones morales*, Nuevas Ediciones de Bolsillo, Barcelona, 2000, 103).

Toda mirada sobre la ética debe reconocer el carácter vital del egocentrismo que es necesario superar y la fuerza vital del altruismo al que debemos llegar. Todo acto moral es un acto de religación con el prójimo, con una comunidad, con una sociedad y con la especie humana. [La religación es la clave de la ética](#) (E. Morin, *El Método*, VI. Ética, Cátedra, Madrid 2009).

«Nadie sabe si se puede vivir si no es socialmente. La estimación de los demás acaba siendo la única cédula de tu existencia... es una moral, conforma los valores y el juicio que existe sobre ti y de ese juicio depende tu posición en el mundo» (M. Vilas, *Ordesa*, Círculo de Lectores, Barcelona, 2018.)

2. «DECIR “YO” SIGNIFICA “HEME AQUÍ” RESPONDIENDO... (E. LÉVINAS)

Aun reconociendo que la moral y la ética salen de dentro de cada uno de nosotros, de la propia auto obligación para hacer algo bueno, es necesario afirmar que el terreno donde se verifica la ética es el de las relaciones interpersonales. La experiencia del otro, la alteridad, nos afecta de un modo u otro haciéndonos pasar del ser-con al ser-por, del estar-con alguien al estar-por alguien. Así es como el otro deja de ser para mí “algo” y se

convierte en “alguien” a cuya llamada respondemos haciéndonos responsables del otro, como decía E. Lévinas: decir «*Yo significa ‘heme aquí’, respondiendo de todo y de todos...*». Esa es la base de la ética, su disposición efectiva fundamental.

El plan de cuidados en salud mental equivale al [“pacto de cuidados” del que habla P. Ricoeur](#) (P. Ricoeur, *Sí mismo como otro*, Siglo XXI Editores, Madrid, 1996). Se fundamenta en la atención personalizada a cada paciente como un todo bio-psico-social, en el respeto a su dignidad y a sus derechos fundamentales, y en la alianza terapéutica basada en la confianza entre el profesional y el enfermo. Se trata, en realidad, de un proceso de atención que desarrolla una metodología específica, conlleva una serie de intervenciones planificadas y de resultados esperados, es decir, un detallado plan de cuidados en el que *«este médico y este paciente, en estas circunstancias, negocian esta relación terapéutica comprometida con la consecución de estas metas»*, como afirma M. Siegler (Las tres edades de la medicina y la relación médico-paciente, [Fundació Victor Grífols i Lucas](#), Cuaderno Nº 26, Barcelona, 2011).

Un ejemplo del “plan de cuidados” está recogido en las [Recomendaciones para el tratamiento farmacológico de la esquizofrenia en el adulto](#), de la Consejería de Sanidad de Asturias (Oviedo, 2015) donde la “toma a cargo” del paciente se basa en una relación terapéutica continuada: la alianza entre el paciente, su entorno, especialmente la familia, y el equipo asistencial, debe incluir a todo el equipo y se funda en la confianza, la continuidad, la escucha, la disponibilidad, la empatía y el tiempo... Persigue tres objetivos básicos: 1º) aliviar los sufrimientos y su peligrosidad (suicidio...); 2º) mejorar la calidad de vida de los pacientes incidiendo en su inserción social y profesional; y 3º) no perjudicar al paciente con efectos indeseados.

Las características principales de este plan de cuidados son las siguientes:

- Tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.
- Ayudar a tomar conciencia de la enfermedad y responsabilizarse del tratamiento.
- Preservar las capacidades cognitivas y adaptativas del paciente.
- Prevenir las recaídas.
- Asegurar el sostén emocional de la familia acompañando = estar o ir con...
- Proveer medidas psicoeducativas y psicosociales para el paciente y su familia.
- Seguimiento: continuidad de cuidados durante toda la evolución del paciente.

Así pues “tomar a cargo” traduce perfectamente la actitud fundamental de la ética, “heme aquí”, y su disposición a responder a y responder del otro, es decir, a la responsabilidad por el otro que nos constituye en sujetos morales.

Lo mismo se podría decir respecto a los [Trastornos del Espectro Autista](#) (Oviedo 2016) y el [Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio](#) (SESPA, Oviedo, 2018). Ambos muestran que la práctica médica ya es en sí misma ética.

Es necesario añadir que por cuidado no sólo se debe entender la tarea prioritaria de enfermería y la actividad de los facultativos a lo largo de todo el proceso asistencial. Es más que eso. Como afirmaba Hans Jonas, [el cuidado es una versión práctica de la responsabilidad](#). Así lo decía literalmente: «*Responsabilidad es el cuidado, reconocido como deber por otro ser, cuidado que, dada la amenaza de su vulnerabilidad, se convierte en preocupación*» (El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica, Círculo de Lectores, Barcelona, 1994, 357).

Para más información, véase [Ética del cuidado](#).

3. LA NATURALEZA ÉTICA DE LA MEDICINA

En el ámbito sanitario también las relaciones son el origen de la ética. La relación médico-enfermo es el terreno donde se surge la ética médica. Y, a su vez, la clave de esa relación es un valor ético central: la confianza. En ese marco tiene lugar el acto médico, como corazón de la ética médica, que articula todo el proceso asistencial. En el seno de esa relación surge un rol profesional basado en una práctica que se caracteriza por ser única (realiza tareas especializadas), definida (desempeña competencias exclusivas) y esencial (imprescindible para el desarrollo de la sociedad).

La actividad sanitaria ya es ella, en sí misma, ética, porque busca un bien que sólo ella puede proporcionar. Se trata de una práctica que, en el hecho mismo de actuarla, pone en marcha la búsqueda de un bien interno que le da sentido, justificación y legitimidad. Ese bien inherente es, desde sus orígenes hipocráticos, el bien del paciente, que se puede desglosar en una serie de bienes: 1) prevenir la enfermedad; 2) promover y mantener la salud; 3) curar a los que se pueden curar; 4) cuidar a los que ya no se pueden curar; 5) aliviar el dolor y el sufrimiento; 6) evitar la muerte prematura; y 7) ayudar a morir en paz.

Así presentaba los fines de la medicina el [Hastings Center](#) de Nueva York ([Fundació Víctor Grífols i Lucas](#), Cuaderno 11, *Los fines de la medicina*, Barcelona, 2007). Este conjunto de fines o bienes se concreta en cada una de las especialidades sanitarias y en sus correspondientes planes de cuidados. Así pues, la ética es componente intrínseco de la

medicina y el modo de ser o tipo de persona que el profesional sanitario reproduce en su actividad diaria conlleva una dimensión ética. Es absurdo separar la ética de la medicina o reducirla a una cuestión privada del profesional.

Por otra parte, la relación médico-enfermo es de naturaleza terapéutica y en ella se verifica la responsabilidad de los profesionales sanitarios. El término “terapéutica” (*therapeutés*) es un adjetivo de “terapia” (*therapeia*), proviene del griego y significa servicio, solicitud, esmero, en el sentido de tratamiento, cura y cuidado de enfermos. Tiene interés lo que decían y hacían los antiguos filósofos:

- Platón, por ejemplo, pensaba que era la belleza del discurso, el *logos kalos*, la que generaba sabiduría y templanza y restablecía el orden correcto de la *psyché*. El *logos*, la palabra, armoniza los impulsos y los sentimientos con el conocimiento y el sano juicio creando así una especie de nuevo eje a cuyo alrededor podía reorganizarse el yo. Asimismo, denominó *catharsis* al proceso de reorganización psíquica y elaboró con cierto detalle lo que hoy llamaríamos psicoterapia.
- Aristóteles, por su parte, también se ocupó de la curación a través de la comunicación verbal. Aristóteles añadió el concepto de *kairos*, es decir, el momento oportuno y más adecuado para hablar. También utilizaba el término *catharsis* para describir el efecto terapéutico del discurso, como Platón, pero difería en el sentido de que *catharsis* significaba purificación, es decir, una terapia que tiene lugar por la liberación de emociones.

En resumen, para Platón y Aristóteles creían que la relación y el discurso pueden aportar un reequilibrio de las dimensiones de la persona. La relación y las palabras eran vehículos para reorganizar la *psique* humana. En el fondo está latiendo la importancia decisiva de la relación médico-enfermo y su naturaleza terapéutica. Los psicólogos y psiquiatras actuales deberían ser de algún modo filósofos de la condición humana teniendo muy en cuenta que todas las dimensiones del ser humano interactúan en la enfermedad mental y en su rehabilitación psíquica y emocional: *catharsis*.

Para ser terapéutica la relación médico-paciente tiene que ser ética, es decir, debe ser responsable, cuidadosa, justa, benéfica y no maléfica. Debe respetar los derechos y libertades del paciente. Asimismo, la comunicación debe ser honrada y sincera. La interacción debe estar marcada por la reciprocidad, la colaboración y la empatía. Si no fuera así, la terapia podría convertirse en una fría aplicación de técnicas (Véase J. Drane, “Una ética de la psiquiatría: presente y futuro”, en L. Feito, D. Gracia y M. Sánchez (eds.), *Bioética: el estado de la cuestión*, Triacastela, Madrid, 2011).

4. ÉTICA MÉDICA Y SALUD MENTAL

La medicina hipocrática no menciona directamente cómo se debe que tratar a un enfermo mental. Desde el [Juramento de Hipócrates](#) hasta hoy, el tratamiento de los trastornos mentales ha experimentado muchas vicisitudes, cambios, crisis y posiciones contrapuestas. Lo mismo se puede decir de la ética de los respectivos profesionales.

Haciendo un enorme salto en el tiempo, dos años después del juicio de Nuremberg, y fruto de sus reflexiones, se constituye en 1948 la [Asociación Médica Mundial](#) (WPA), cuyo principal objetivo es promocionar estándares éticos para investigación y medicina clínica.

La [Declaración de Ginebra de 1948](#), versión contemporánea del juramento de Hipócrates, favorece la creación de códigos para la actividad clínica centrados en los deberes y adquiere el papel de una carta magna que inspira e influye en todas las legislaciones posteriores sobre salud pública y en los códigos deontológicos de los profesionales.

La Declaración de Ginebra ha estado seguida y completada por el [Código Internacional de Ética Médica](#) (Londres 1949) que contiene tres apartados: deberes de los médicos en general, deberes de los médicos hacia sus pacientes y deberes de los médicos hacia los colegas. Es el punto de partida de los actuales Códigos de Deontología Médica.

El nacimiento de la [Asociación Mundial de Psiquiatría](#) (WPA), en 1950, tiene como tarea principal la producción de un código ético mundial. En 1970, la [Asociación Americana de Psiquiatría](#), seguida por la Asociación Médica Canadiense, crea un comité de ética con la finalidad de codificar los problemas éticos en salud mental. En 1977 el código ético producido por la WPA queda recogido en la [Declaración de Hawái](#), pero aparece más formalizado en la [Declaración sobre los problemas éticos de pacientes con enfermedades mentales](#) (1996) y, sobre todo en la [Declaración de Madrid](#), que es el código ético comúnmente aceptado por los profesionales sanitarios de salud mental.

La [Convención Nueva York 2006](#) ha supuesto un cambio sustancial. Antes se justificaba la mejor protección de las personas con discapacidad excluyéndolas de la toma de decisiones. Ahora se fundamenta en la promoción de la autonomía y en la inclusión social. Pasar de la exclusión a la inclusión es el principio nuclear del nuevo estatuto ético y jurídico de estas personas. Lo que fundamenta la capacidad de obrar y decidir es la dignidad humana, inherente e igual en todos los seres humanos con independencia de sus cualidades, creencias, culturas e ideologías. El propósito de la Convención es *«promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover*

el respeto de su dignidad inherente» (Art 1), lo que supone respetar a las personas con discapacidad como sujetos titulares de derechos.

La [Constitución Española](#), entre sus derechos fundamentales, garantiza el derecho a la igualdad y a la no discriminación de todos los españoles. La [Estrategia en Salud Mental](#) manifiesta como uno de sus objetivos generales: *«Erradicar el estigma y la discriminación asociados a las personas con trastornos mentales»*. En el marco del XV Congreso Nacional de Psiquiatría de Oviedo (2011), la Sociedad Española de Psiquiatría, la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica y la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental publicaron un documento [Contra el estigma en Salud Mental](#) donde se pone de relieve el deseo de que *«desaparezca por completo todo tipo de discriminación... [como] pilar fundamental para la normalización de muchas personas que hoy sufren problemas de salud mental»*.

Y, en fin, hay también una serie de principios generales que aparecen recogidos y ampliados en el [Real Decreto 1.2013 de derechos de las personas con discapacidad y su inclusión social](#) (Art. 3). Posteriormente se dedican una serie de capítulos a desarrollar los derechos de las personas con discapacidad, teniendo en cuenta que “el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad se realizará de acuerdo con el principio de libertad en la toma de decisiones” (Art.6, 1).

Hay más información en el [Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2015 - 2020](#) y en [Plan de Salud Mental de Asturias 2023-2030](#).

5. LA BIOÉTICA: BREVE PANORAMA GENERAL

En sus orígenes, la bioética se presentó como un *«puente entre la cultura científico-técnica y la cultura humanista»*, la cultura de los hechos biológicos (bíos) y la cultura de los valores éticos (éthos), o sea, la Bio-Ética ([Van Rensselaer Potter](#), 1971). Es un enfoque global que incluye todos los planos de la vida. Sin embargo, por diversas circunstancias, ha terminado teniendo mucha mayor difusión el enfoque sanitario que ha dado lugar a la bioética clínica o médica o de las profesiones sanitarias, basándose en la conjugación de cuatro principios: no maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía.

Respecto al nacimiento, desarrollo y expansión de la bioética, puede verse [Bioética: Introducción general](#) / [Una aproximación a la bioética](#) y [Bioética Médica. Preámbulos](#).

6. LA BIOÉTICA EN ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

La [Orden SPI.1356.2011 programa educativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental](#), apartado 6.2) define primero la especialidad y el perfil profesional, pasando luego a exponer un llamativo apartado referente a la bioética en los siguientes términos:

Competencia: Capacidad para aplicar los principios éticos y deontológicos en los cuidados de enfermería de salud mental.

Contenidos: a) Principios de bioética; b) Derechos humanos y salud mental; c) Relación profesional sanitario-paciente y familia; d) Consentimiento informado; e) Ética y normativa legal; f) Consentimiento del menor y del paciente incapacitado; g) Confidencialidad y secreto profesional; h) Ética y deontología: comités deontológicos y comités éticos de investigación clínica.

Criterios de resultados vinculados a la competencia:

- Conoce y aplica los principios de bioética, el código deontológico de enfermería, así como los derechos humanos y la legislación vigente en salud mental.
- Conoce y aplica los aspectos éticos y legales relacionados con el manejo de la información y de la historia clínica para asegurar la confidencialidad y el secreto profesional.
- Conoce la existencia y el funcionamiento de los comités de Ética Asistencial y de investigación.
- Aplica los fundamentos de la bioética en el ejercicio profesional.
- Procede de acuerdo con el Código Deontológico.
- Actúa incorporando los valores de la organización en la que trabaja.
- Asume las responsabilidades éticas de sus decisiones y acciones tanto en su relación con otros profesionales sanitarios, como con los pacientes y familiares.
- Protege la confidencialidad de la información y la intimidad de las personas.
- Actúa desde una perspectiva holística, asegurando el respeto a los derechos de la persona en su totalidad (valores culturales, espirituales, toma de decisiones...) y valorando la diversidad.
- Registra las actividades en la documentación clínica.
- Participa en los foros y comités de ética.

- Identifica y expone dilemas éticos.
- Muestra compromiso con la ética de la investigación.
- Mantiene una actitud abierta y no discriminatoria.

Todos estos criterios y contenidos podrían aplicarse al resto de profesiones sanitarias y, en particular, a todos los profesionales de salud mental. No obstante, vamos a entender la bioética en el ámbito sanitario como la tarea cotidiana de realizar valores, cumplir deberes o normas, adquirir virtudes y tomar buenas decisiones. Más información en [Bioética Médica. Aspectos sistemáticos](#).

7. LA BIOÉTICA COMO REALIZACIÓN DE VALORES

Es la primera tarea de la bioética de las profesiones sanitarias. Si la bioética no visibiliza valores positivos, está vacía de contenido (Véase, por ejemplo, B. Herreros, “La educación de los valores profesionales en la medicina”, en F. Bandrés, S. Delgado (dirs.), *Educación en Bioética al profesional de Ciencias de la Salud*, Fundación Tejerina, Madrid, 2010).

Si queremos saber qué valores son prioritarios en la profesión médica, sería necesario saber cuáles son los [fines de la medicina](#) que ya hemos visto más atrás. Hoy continúan siendo una referencia obligada y concluyen que tales fines, en síntesis, son curar, aliviar, prevenir, cuidar y acompañar. Estos fines desvelan los valores de la práctica médica. El [Código de Deontología Médica](#), por ejemplo, dice que «el fomento del altruismo, la integridad, la honradez, la veracidad y la empatía, son esenciales para una relación asistencial de confianza plena» (Preámbulo). Hay más información en [Bioética Médica. Aspectos sistemáticos](#) (apartado 3.1).

En el año 2010, un grupo de MIR en psiquiatría, con el apoyo de la Asociación Española de Psiquiatría (AEN), la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB), publicó un [Manual del Residente en Psiquiatría](#) que incluye un capítulo (cap. 4) dedicado a los valores en sentido amplio. Es llamativa la cita inicial recogida de [Erich Fromm](#): «Valioso o bueno es todo aquello que contribuye al mayor despliegue de las facultades específicas del hombre y fomenta la vida. Negativo o malo es todo lo que ahoga la vida y paraliza la disposición del hombre a obrar».

El Manual comienza diciendo que «La práctica basada en valores es la teoría y el conjunto de habilidades esenciales para tomar una decisión eficaz sobre la salud cuando diferentes (y potencialmente conflictivos) valores entran en juego. Nos da las habilidades para

responder de una manera solvente y positiva a los complejos y cada vez más numerosos valores que involucran cada aspecto de la sanidad actual».

Y, luego, señala diez puntos guía para un buen proceso en la práctica basada en valores:

1. Toma de conciencia: los valores no son siempre evidentes. No podríamos hacer nada sin ellos, pero frecuentemente pasan desapercibidos. Un primer paso es sensibilizarnos a su presencia. Una forma de aumentar esta sensibilización es prestar atención al lenguaje.
2. Razonamiento: utilizar un proceso de razonamiento claro para explorar los valores presentes en la toma de decisiones. Aunque los valores son subjetivos, podemos razonar sobre ellos.
3. Conocimiento: intentaremos obtener toda la información posible acerca de los valores de cada situación utilizando las aportaciones de las ciencias sociales.
4. Comunicación: combinada con las tres habilidades anteriores, es la base para la resolución de conflictos y del proceso de toma de decisiones. Tanto individuales (escucha, empatía y entendimiento) como de grupo (resolución y reorganización de conflictos).
5. Centrado en el usuario: la primera fuente de información en valores es la perspectiva del usuario involucrado. La diversidad de valores humanos hace esencial que la política y práctica en salud mental empiece por los valores del individuo o grupo involucrado en dar una decisión.
6. Multidisciplinar: trabajando de forma respetuosa con las distintas perspectivas con el fin de tomar decisiones equilibradas.
7. El principio de los dos pies: todas las decisiones dependen de hechos y valores.
8. El principio de la rueda que chirría: sólo advertimos los valores cuando hay un problema.
9. Ciencia y valores: los avances científicos y tecnológicos abren un abanico de elecciones en la salud poniéndose de manifiesto los valores.
10. Asociacionismo: Las decisiones deben tener en cuenta a todas las personas a las que concierne, no sólo a los expertos.

Finalmente, entre las diez capacidades esenciales que los profesionales de la psiquiatría deben practicar se citan: *«realizar una práctica ética: reconociendo los derechos y*

aspiraciones del usuario y sus familiares, reconociendo las diferencias de poder y minimizándolas cuando sea posible. Proporcionar de forma responsable tratamiento y cuidado a los usuarios y cuidadores dentro de los límites prescritos por códigos legales y locales de práctica ética».

8. LA BIOÉTICA COMO CUMPLIMIENTO DE DEBERES O NORMAS

Tampoco podemos detenernos aquí. Lo hemos expuesto en [Bioética Médica. Aspectos sistemáticos](#) (apartado 3.2 y 3.3.) y en [El principialismo y la bioética](#).

En cambio, sí vamos a ver la estrecha relación entre principios y deberes. Cuando analizamos el contenido de los principios de bioética parece claro, por ejemplo, que el principio de autonomía se basa en el valor de la libertad, y el principio de justicia en el valor de la igualdad. Así mismo, también parece claro el paralelismo entre el principio de beneficencia y el valor de la solidaridad, así como el de no maleficencia con el de seguridad. Por lo tanto, si los principios condensan valores básicos, merece la pena priorizar el lenguaje de los valores sin olvidar el de los principios. El artículo 4.1 del citado [Código de Deontología Médica](#) dice que «*el médico está al servicio del ser humano y de la sociedad. Respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad son los deberes primordiales del médico...*».

Un ejemplo de cuanto se acaba de decir es la [Declaración Universal de principios Éticos para psicólogas y psicólogos](#) (2008). Es una guía moral para psicólogas y psicólogos en orden a la excelencia profesional. Tiene la originalidad de haber asociado los principios éticos a una serie de valores humanos compartidos.

Respeto por la Dignidad de las Personas y los Pueblos

Valores asociados: a) Respeto por el valor único y la dignidad inherente de cada ser humano; b) Respeto por la diversidad de personas y pueblos; c) Respeto por las costumbres y las creencias de culturas, solo limitado cuando una costumbre o creencia contradiga seriamente el principio de respeto por la dignidad de las personas o pueblos, o cause serio daño a su bienestar; d) Consentimiento libre e informado; f) Privacidad para los individuos, familias, grupos, y comunidades; g) Protección de la confidencialidad de la información personal; h) Equidad y justicia en el tratamiento de los otros.

Cuidado competente del Bienestar de los Otros

Valores asociados: a) Preocupación activa por el bienestar de individuos, familias, grupos, y comunidades; b) Tener cuidado de no hacer daño a los individuos, familias, grupos, y

comunidades; c) Maximizar los beneficios y minimizar los daños potenciales a los individuos, familias, grupos, y comunidades; d) Corregir o compensar efectos dañinos que hubieran ocurrido como resultado de sus actividades; e) Desarrollar y mantener la competencia; f) Autoconocimiento respecto a cómo sus propios valores, actitudes, experiencias, y su contexto social influyen en sus acciones, interpretaciones, elecciones, y recomendaciones; g) Respeto por la capacidad de individuos, familias, grupos, y comunidades para tomar decisiones por sí mismos y para cuidar de sí mismos y entre sí.

Integridad

Valores asociados: a) Veracidad, y comunicaciones honestas, exactas y abiertas; b) Evitar el levantamiento incompleto de la confidencialidad, a menos que viole la confidencialidad de otros o implique potencialmente hacer un daño serio a los individuos, familias, grupos, y comunidades; c) Maximizar la imparcialidad y minimizar los sesgos; d) No explotar a otros para beneficio personal, profesional, o financiero; e) Evitar conflictos de interés y expresarlos cuando no puedan ser evitados o sean inapropiados de evitar.

Responsabilidades Profesionales y Científicas con la Sociedad

Valores asociados: a) Incrementar el conocimiento científico y profesional de manera que promueva el bienestar de la sociedad y de todos sus miembros; b) Asegurar que el conocimiento psicológico sea utilizado con propósitos benéficos, y de proteger ese conocimiento de ser mal utilizado, utilizado incompetentemente, o convertido en inútil por otros; c) Conducir sus actividades de modo tal que promueva el bienestar de sociedad y de todos sus miembros; d) Promover los más elevados ideales éticos en las actividades científicas, profesionales y de formación de sus miembros; f) Entrenar adecuadamente a sus miembros en sus responsabilidades éticas y en las competencias requeridas; g) Desarrollar su conciencia y su sensibilidad ética, y ser lo más autocrítica como sea posible.

Los principios de la [Convención Nueva York 2006](#) (2006) están recogidos en el [Real Decreto 1.2013 de derechos de personas con discapacidad y su inclusión social](#) (Art.3).

Por su parte, el [Plan de Salud Mental de Asturias 2023 - 2030](#) asume los principios de la [Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud](#): autonomía, continuidad, accesibilidad, integralidad, equidad, recuperación personal, responsabilización y calidad.

9. LA BIOÉTICA COMO PRÁCTICA DE VIRTUDES

Podríamos pasarnos la vida incurriendo en el error de creernos buenas personas por el hecho de cumplir muchos o todos los principios u obligaciones morales. Pero, pudiera

ocurrir que, haciendo todo eso, fuésemos en el fondo personas llenas de falsedad e hipocresía, es decir, aparentar y dar buena imagen, pero sin fondo, sin substancia. Lo decisivo en la vida moral es ser buenas personas. Como decía Aristóteles: nosotros no estudiamos todo esto para saber ética, sino para ser virtuosos, o sea, para ser buenos (*Ética a Nicómaco*, II, 1103b, Gredos, Madrid, 2000).

Decía A. MacIntyre que «*Una virtud es una cualidad humana adquirida, cuya posesión y ejercicio tiende a hacernos capaces de lograr aquellos bienes que son internos a las prácticas y cuya carencia nos impide efectivamente lograr cualquiera de tales bienes*». (Tras la virtud, Crítica, Barcelona, 2001, 237). Es decir, las virtudes morales son los “modelos de excelencia” que permiten inyectar calidad humana en práctica sanitaria. Podríamos subrayar las siguientes:

- Fidelidad y/o lealtad a la promesa exigida por la relación de confianza con el enfermo.
- Benevolencia: deseo y voluntad de hacer el bien del enfermo.
- Empatía: Capacidad de identificarse con el paciente y compartir sus sentimientos.
- Abnegación: subordinar los intereses personales al bien del enfermo.
- Veracidad: decir la verdad al enfermo teniendo en cuenta su derecho a ser informado y su capacidad de comprensión, así como saber callar cuando reivindica su derecho a no ser informado.
- Compasión: comprensión hacia la situación particular de cada enfermo.
- Humildad intelectual: saber cuándo se debe decir “no lo sé” o “tengo que preguntarlo”.
- Hospitalidad: es la disposición (y el deber) a percibir la necesidad, vulnerabilidad y desvalimiento de quien solicita acogida: extranjero, necesitado, enfermo.
- Justicia: respetar los derechos del enfermo, ajustarse a sus necesidades y su modo de ser, y distribuir equitativamente los recursos sanitarios.
- Saber escuchar y saber mirar: no es suficiente oír ni ver, puesto que se ven y se oyen hechos o cosas, pero sólo se escuchan y se miran a las personas.
- Prudencia: capacidad de discernir razonadamente la actuación correcta en cada situación y clave de ética práctica.

- Cuidado: disposición a promover siempre la calidad de vida del enfermo.

El esquema anterior resume una ética desde las virtudes. Hay otros, como el de J.F. Drane que propone como virtudes fundamentales del médico la benevolencia, el respeto, el cuidado, la sinceridad, la amabilidad y la justicia. Y como M. Siegler para quien la virtud básica de la acción sanitaria es el respeto a las personas, incluyendo ahí la compasión, la sinceridad y la confianza. Véase [E. Pellegrino: la virtud en la ética médica](#).

10. BIOÉTICA COMO MÉTODO PARA TOMAR BUENAS DECISIONES

La praxis psiquiátrica, presenta con frecuencia dilemas éticos que los profesionales no pueden solventar con parámetros clínicos. Algunos problemas pueden derivarse del respeto a la confidencialidad, el rechazo a tratamientos, de la aplicación de medidas coercitivas, etc. Aunque se han propuesto diversas metodologías, no se hace referencia explícita a la actividad psiquiátrica. A continuación, exponemos una metodología que no es un método científico, sino un proceso deliberativo y de asesoramiento, basado en el análisis de hechos, valores y deberes u obligaciones éticas: véase, por ejemplo, S. Ramos, Procedimiento bioético para la toma de decisiones en salud mental, Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 2016; 9 (4): 181-236). Su criterio es la prudencia. Es una [propuesta de D. Gracia](#) (apartado 4) No es algo privativo de la ética. Forma parte de la vida en general, pero contribuye mucho a clarificar conflictos éticos en el ámbito sanitario.

Es imprescindible pasar sucesivamente por todas las fases (hechos, valores y deberes), guardar orden en el análisis, argumentar con razones convincentes y debatidas, pero nunca imponerlas a la fuerza ni, menos aún, como si fuese el resultado evidente de una ecuación matemática. Por eso conviene recordar que la deliberación requiere aptitudes, pero sobre todo necesita actitudes, es decir, una serie de condiciones intelectuales y emocionales que deberían estar en la base de cualquier proceso deliberativo. Nos referimos a disposición positiva al diálogo y al cambio de opinión, si la de otro fuera más convincente, así como la disposición a participar, a pedir ayuda, al compromiso con la veracidad, a admitir siempre alguna dosis de incertidumbre, a un sincero deseo de comprensión, etc. Todas esas actitudes no son naturales o de nacimiento, hay que conquistarlas a base de practicar constantemente la deliberación. En suma, deliberar no es fácil, pero es el método más adecuado para tomar decisiones prudentes, responsables y sabias. (Véase [La deliberación moral: un método para la bioética](#) (Apartado 2.3).