

Elena Lugo

## El sentido ontológico de la enfermedad y de la enfermedad mental en particular

**Summary:** *In this article I intend to focus the clinical practice in order to study the reciprocal relationship and complementarity between the biomedical model with its corresponding scientific explanation and the psycho-biomedical model with its humanistic understanding. The proposed complementarity presupposes the concept of person as a substantial unity and not a mere interaction of matter and spirit, and requires both understanding and explanation or what we express in terms of form and function respectively. We shall see that each expression in turn represents diverse methods of observation and reasoning with implications for the psychiatric patient and the ethical norms linked to diagnosis and therapy. Each method (form/function) in turn demands a proper cognitive disposition on the part of the health professional, and a corresponding conception of the patient-professional relationship. I will argue that in the complementarity of both models is formed a proper ethical sense of the relationship which constitutes the clinical practice as such.*

**Resumen:** *Este artículo intenta enfocar la práctica clínica para estudiar la complementariedad y mutua referencia del modelo biomédico con su explicación científica correspondiente y el modelo psico-biomédico con su aportación de un entendimiento humanista. La complementariedad supone el postular un concepto del ser substancial, y no mera interacción de materia y espíritu, la cual exige el entendimiento al igual que la explicación o lo que expresamos en términos de forma y función respectivamente. Veremos que cada expresión a su vez representa métodos*

*diversos de observación y razonamiento con implicaciones para el paciente psiquiátrico y las normas éticas que se vincularan al diagnóstico y la terapia. Cada métodos (form/function) a su vez exige una disposición cognoscitiva apropiada de parte del profesional, y una concepción correspondiente de la relación paciente-profesional. Argumentaré que en la complementariedad de ambos modelos se encuentra el sentido propiamente ético de la relación constitutiva de la práctica clínica en sí.*

### Introducción

Una ontología vinculada al ser de persona como entidad única y de modalidades relacionales nos ofrece una visión de la enfermedad como vivencia desintegradora del ser humano mismo que la sufre, mientras que una ontología del ser humano como mera entidad natural nos presenta la enfermedad como una condición al margen del ser persona y tal vez superable por recurso técnico. La primera supone una perspectiva fenomenológica descriptiva de la vivencia subjetiva de la enfermedad en busca del entendimiento, mientras que la segunda se orienta según un modelo biomédico inclinado hacia la explicación científica.

A éstas consideraciones ontológicas que sirven de trasfondo se añade otra de igual importancia y aún más próxima al tema de interés: la estructura del conocer clínico en la cual surgen modelos de enfermedad. Elaboramos inmediatamente esa consideración en relación a la medicina general y luego en la rama médica de la psiquiatría. El concepto de persona en su función integradora quedará

esclarecido en el curso de la exposición recibiendo atención particular al final.

## I. Conocer clínico

Bench ("Health Science, Natural Science, and Clinical Knowledge") indica que el conocer en la ciencias de la salud es un proceso complejo y constitutivo por diversas modalidades del saber. Incluye, como es de ordinario reconocido, las matemáticas y las ciencias físicas -definidas por sus claras categorías cualitativas y técnicas cuánticas por lo cual se distinguen por ser *confiables*, *de consensus* y *públicas*- fortaleciendo así con su objetividad la medicina clínica en sus aspectos físicos. Pero también incluye aplicaciones estadísticas, psicología, sociología al igual que consideraciones legales y éticas que normalmente influyen en la terapia pero también en el diagnóstico de la dolencia<sup>1</sup>.

Estas últimas disciplinas, proveniente de las ciencias de la conducta, por incluir conceptos sin pleno rigor en su precisión al igual que por ser ambiguas, articulan un área de estudio sujeto a variación individual, de bajo índice en la réplica experimental, con la probabilidad de la intervención de variables ocultas, y de constructos de realidad dudosa. Mucha investigación en la ciencias de la conducta y en las sociales es tentativa, intuitiva, e imaginativa. La confiabilidad del consensus y el carácter público del conocer científico en el sentido riguroso no parecen estar presentes en las ciencias de la conducta, ni en las sociales como tampoco en las disciplinas legales y éticas que constituyen el conocer clínico.

Para mostrar que el conocer clínico no es una mera aplicación del conocer científico-riguroso consideremos, aún si brevemente, la gestión de un practicante clínico auscultando en qué sentido funciona como un científico y en qué sentido no.

La práctica clínica se refiere tanto a la evaluación diagnóstica como a la terapia por medio de la cual se administra el cuidado de la salud a pacientes o clientes individuales con miras a promover su bien individual. Se preocupa y ocupa de su problema de salud en las dimensiones subjetivas.

Es decir, una perspectiva es clínica en la medida que trata de captar y remediar un problema de salud propios a personas en su complejidad natural y constante transformación adaptativa<sup>2</sup>. El núcleo constante de la práctica clínica es el

encuentro directo con y el cuidado por el individuo. Esto puede suponer el tomar acciones en beneficio del paciente aún sin pleno conocimiento científico de las causas del malestar o consecuencias del tratamiento<sup>3</sup>.

En vista de lo anterior bien podría decirse que el practicante clínico tendría que adoptar una perspectiva más amplia y menos segura en cuanto a rigor y certeza se trata que el científico. La confiabilidad, el consensus y la publicidad científica no puede exigirse en la operación clínica. Por consiguiente, no creo pues estar en acuerdo con quienes dicen "el método de la ciencia puede ser directamente aplicado al proceso diagnóstico<sup>4</sup>".

Un clínico puede en general regirse por las normas del método científico, a saber: observar, describir, explicar, comprobar, predecir e inspirarse en la honestidad, independencia de criterio, valor, justicia, y dedicación a la verdad. De este modo el clínico se regula por los valores cognoscitivos del científico. Pero su ejecución total no puede ser comprobada a cabalidad por medios de la duplicación y el consensus pues su actividad clínica admite variación de individuo a individuo, e incluye variables ambiguas y la constante intervención de las condiciones subjetivas del practicante.

Citamos directamente a Bench:

"La práctica clínica se diferencia del quehacer científico por el hecho de que los practicantes tienen que decidir sobre el cuidado de sus pacientes antes de lograr consensus. A lo aquí señalado la dimensión normativa de la ética que por su claro enraizamiento en la conciencia de la persona libre a la vez que comprometida con sus convicciones hace el consensus y la universalidad del conocer clínico menos probable. Esto se aplica tanto al practicante como a su cliente"<sup>5</sup>.

Es decir, el clínico adopta una perspectiva *empírica* y no experimental lo que a su vez supone para el conocimiento clínico el ser de menos confiabilidad, consensus, y apertura al escrutinio público que el conocer científico. Las observaciones clínicas raras veces son públicas, y a veces nunca. La urgencia de diagnosticar y de tratar, disminuye el grado de exigencia por producir resultados claros y precisos de aceptación universal. La dimensión ética hace aceptable la intervención clínica bajo indicadores de probabilidad<sup>6</sup>.

Es así que la práctica clínica al igual que el conocer clínico que el mismo manifiesta son tan solo parcialmente actividad científica. El clínico

se diferencia del científico natural tanto en su *método de trabajo* como en el tipo de *conocimiento del que dispone*.

En su método se asemeja al humanista en el sentido en que éste se distingue por colocar a la naturaleza humana y sus intereses en la posición de preferencia, por orientarse hacia la práctica y resolución de problemas vitales y de cardinal importancia para la persona en su ser como entidad de carácter único y en su individualidad concreta existencial. Es así que el clínico en su quehacer busca tener un efecto personalizante o restaurador de las cualidades distintivamente humanas en su paciente y en claro beneficio de éste.

En cuanto a su conocimiento el clínico no ha de caer en subjetivismo individualista en cuanto a su perspectiva y en arbitrariedad en su práctica. El clínico científico-humanista, hace uso de la intuición y orienta al individuo en su condición existencial, pero a la vez busca la consistencia lógica, el complemento intersubjetivo, el enraizamiento empírico y constante en diálogo con su paciente, al igual que se disciplina en auto-escrutinio crítico.

Veamos los modelos que inspiran éste conocer.

### Modelo de enfermedad

Estimamos que la conceptualización del sentido de la enfermedad al igual que la confiabilidad del diagnóstico responden en una medida substancial a la estructura del conocer clínico. Es de esperarse que de predominar la interpretación del conocer clínico como ciencia natural aplicada, la conceptualización de la enfermedad se presentaría *según un modelo biomédico*. Exploremos este modelo para luego articular otros que corresponderían a la interpretación del conocer clínico en la complejidad científico-humanista ya expuesta. Como ya se ha indicado este modelo se apoya en las ciencias naturales: física, química, biología. La práctica clínica que se inspira en este modelo consiste en una *técnica o aplicación* de los recursos científicos a las cuestiones de salud y enfermedad. El modelo atrae por la unidad, coherencia, y rigor sistemático que contribuye a la medicina. Así la enfermedad es bioquímica o neurofisiológica en su naturaleza y sirve de marco conceptual para articular el tratamiento y la restauración de la salud. El tratamiento tendría una inteligibilidad y claridad propia a una teoría sistemáticamente elaborada. Se trata aquí de la exactitud y

precisión al igual que del carácter de predicción atribuida a las ciencias naturales en contraste a las disciplinas sociales y humanísticas.

El modelo bio-médico funciona como la premisa básica de la medicina que se autodetermina científica. En ésta a la naturaleza humana se le describe e interpreta en categorías biológicas y en particular en el lenguaje de la genética molecular y la bioquímica. El paciente es básicamente un organismo biológico complejo y la enfermedad es desviación de las normas derivadas de parámetros somáticos. Surge la pregunta: ¿cómo puede usarse este modelo para articular dolencias que presentan componentes psico-sociales y/o ambientales? Se anticipa la respuesta: ensayar modelos alternos de dimensión científica pero a la vez aplicable a la realidad concreta y amplia del enfermo y no solo de la enfermedad como cuadro de síntomas. En este estudio se excluye la forma externa que la "medicina de totalidad" (holistic medicine) implica y se reafirma el modelo que se inspira en la práctica clínica-humanista.

El modelo biomédico o bioquímico no solo resulta inadecuado por no representar fielmente la práctica clínica real, sino por ser capaz de desvirtuar el acto profesional en cuanto inspirado en el principio de beneficencia hacia la persona o ser integral del paciente en sus dimensiones simbólico-espirituales, culturales y sociales. El lenguaje científico de este modelo no se presta para designar los valores humanos en sí. En el orden práctico de la gestión clínica el modelo biomédico con su concepto de enfermedad como mal funcionamiento de un área somática sugiere una conceptualización del médico como ingeniero de habilidad y conocimiento especializado y diestro en la técnica. La enfermedad es un reto técnico y la muerte un desacierto de la técnica en su intento por rescatar al cuerpo de las amenazas a su funcionamiento e integridad.

No queremos desestimar la importancia histórica y actual del modelo bio-médico de la enfermedad. Al centrar su atención en las cualidades bio-físicas la medicina reclama para sí la objetividad de la patofisiología, aún hasta el grado de traducir los estados cognoscitivos afectivos a sus correlativos en los procesos *neurobiológicos*. Como diría el laureado A. Kornberg en su discurso ante la Sociedad Americana para el Progreso de la Ciencia [1987] (American Association for The Advancement of Science) -"la vida es un proceso químico" y "el lenguaje de la química nos

permite hacer proposiciones claras (entiéndase científicas) sobre los individuos, el ambiente y ciertos aspectos de la sociedad". Así la medicina logró en gran medida librarse de las dificultades del vitalismo y del "holismo" en la etapa pre-científica de su historia, pero las cuales aún se sugieren como medicina alterna.

El modelo bio-químico, como cualquier modelo que un método de estudio emplea, supone en palabras de Kuhn, el aceptar un conjunto coherente de *presuposiciones, premisas y compromisos o implicaciones prácticas* (Vea Tabla 1)<sup>7</sup>.

Tabla 1

Ampliando el marco de referencia de "forma" y "función" vamos los modelos psiquiátricos y la correspondiente identificación de las dolencias mentales, son por consiguiente:

- 1) *Modelo médico*- los desórdenes psiquiátricos son vistos como enfermedades similares a las somáticas, entenderse en términos de causas, análisis patológico, pronosis, epidemiología y tratamiento clínico o terapia somática (Forma).
- 2) *Modelo psicológico*- los problemas psíquicos se dice que reflejan defectos, ausencias y dificultades incurridas en el curso del desarrollo humano. La intervención terapéutica se orienta a entender y aliviar el mal funcionamiento. Se aconseja la psicoterapia de aprendizaje, la humanista y cognoscitiva (Función).
- 3) *Modelo behaviorista*- el comportamiento indeseable se interpreta como aprendizaje y el tratamiento se diseña para reforzar o estimular una actividad deseada y para desalentar y extinguir otra considerada indeseada. Es decir, el conductivismo supone que podamos lógicamente reducir los problemas psicológicos, las contingencias del reforzamiento, la psiquiatría inspirada en la neurofisiología a su vez propone que si la conducta y los sucesos mentales dependen de la constitución y operación del cerebro, su explicación a su vez dependerá del órgano más complicado del sistema nervioso, mas sin embargo, las experiencias mentales no son sucesos o estados cerebrales, sino sucesos que pertenecen a una persona con su historial vital.
- 4) *Modelo social*- el comportamiento patológico se le ve como reflejo en miniatura, certero o distorsionado, del sistema social del paciente en su pasado y en su presente.
- 5) *Modelo existencial*- este modelo no está articulado con precisión pero resulta influyente. Este modelo intenta destacar la totalidad del ser humano en su existencia, reconoce el rol de los valores personales en la configuración de su mundo natural y hasta transnatural (integrado con el modelo de persona).
- 6) *Modelo personalista*- éste no es un modelo como los anteriores por no ser una concepción sistematizada. Representa más bien, en el contexto psiquiátrico claro está, un conjunto de creencias privadas de como debe ser la vida, los sucesos y las cosas que forman mis circunstancias.

La sección 1 de la figura ilustra los presupuestos metafísicos que se asocian a las ciencias bio-físicas y que constituye las directrices estratégicas para un científico enfocar su tema de estudio. Estas directrices configuran el acercamiento, define la problemática y pre-determinan los datos en cuanto su significación.

En este contexto, el reduccionismo metodológico (i.e. las entidades complejas se entienden mejor en sus elementos constitutivos) nos conduce a interpretar la enfermedad como fisiología en "desarticulación con sus reglas. De no surgir un problema fisiológico tampoco estaría presente una enfermedad. El objetivo de la medicina reduccionista sería un diagnóstico por vía de un reconocimiento bio-físico-químico del cuerpo humano. A lo interno genético añade el ambiente como fuente de infecciones y contaminación. Es decir, se plantea la enfermedad como genéticamente determinada y a ser entendida precisamente en su estructura, organización y procesos reguladores en términos genéticos que supuestamente facilitan la prevención o cura. Pero a la vez se reconoce el ambiente que interactuando con lo genético completa el cuadro etiológico. De estar presente una dolencia psicológica esta quedará expresada en su correlativo clínico-físico. Se encierra aquí un dualismo; la materia (res extensa) y la mente (res cogitans), en lenguaje cartesiano, aparecen por separado. Pero como solo se puede estudiar científicamente la materia, lo mental en sí queda marginado o interpretado exclusivamente en su correlativo material. De cómo esa correlación a de entenderse se dice poco entre los científicos, cosas que no ha de extrañar pues el problema mente/cuerpo es uno de los más peligrosos para la metafísica. Así entonces, se entiende la "mecanización" de la enfermedad y la "fiscalización" del paciente lo que a su vez sirve de modelo para continuar la investigación y la práctica clínica. Se trata de un modelo paradigmático que se resiste a la posible evidencia de estudios que muestran la integración de factores psíquico-ambientales-físicos en la configuración orgánica (vs. mecanicista) de la enfermedad y la visión personalista del paciente. Es preciso superar el reduccionismo y el dualismo del modelo partiendo de diferentes presupuestos y correspondientes principios metodológicos. Lo enunciado sobre la práctica clínica general nos ha servido de explicación de los otros presupuestos.

Según nos adelantamos a la segunda parte de este trabajo cabe preguntar: ¿Cuál es la significación o función causal de factores mentales-emocionales (personalidad) en relación al inicio, comprensión, cura de las enfermedades?. En vista que el modelo biomédico le reconoce a la causalidad solo características empíricas -anterioridad temporal, covariación, replicabilidad- pero no la más teórica o nosológica como los factores de personalidad pertenecientes al ámbito teórico, estos resultarían irrelevantes, a menos claro está, que se les reduzca a estados neurofisiológicos.

Es decir, ¿cuál es, si alguna, la relevancia de los factores mentales en la enfermedad? La resistencia a aceptar la relevancia de lo mental en relación a la enfermedad se debe más a la dependencia metodológica en los presupuestos del módulo biomédico, que al rechazo de la evidencia empírica que emana por ejemplo de estudios sobre enfermedades cardiovasculares. Más aún ¿existe la enfermedad mental o es preciso declarar como lo hace el director del *Instituto Nacional de Salud Mental* (National Institute of Mental Health) Rex Cawdry y que "*la enfermedad mental no es un problema de la voluntad o un fallo en el auto-control, sino una condición médica como la enfermedad cardiovascular o de alta presión*"? (1987). Volvemos sobre este tema en la segunda parte de este trabajo.

Replanteemos la cuestión central de esta parte: ¿contamos con un recurso para complementar la medicina o práctica que inspirada en el modelo biomédico de enfermedad previene y cura enfermedades bio-químicas y que sirva de apoyo a otra práctica que atiende dolencias que no cura pero a las que ofrece su cuidado preventivo reconociéndole su origen o desarrollo en los factores de personalidad-ambiente-estilo de vida?

### Modelo psico-biológico

El recurso contemplado es otro modelo, aquí en pre-figuración, en el cual los procesos bio-químicos en acoplamiento con el ambiente externo solo introducen parámetros específicos de control que establece el horizonte de posibilidades y la naturaleza de los límites de la vulnerabilidad humana en contraste a la animal. Dentro de este horizonte de posibilidades operan otros agentes de carácter mental o de intencionalidad cognoscitiva-afectiva que a su vez ejercen su influencia causal y mesurable en el orden neurofisiológico

afectando así la vulnerabilidad de los tejidos, órganos y sistemas. Llamemos a este modelo psico-biomédico reconociendo su base en la lógica de auto-organización o sistema reflexivo y auto-referencial de control único al ser humano. El mismo se fundamenta en la práctica clínica de carácter científico-humanista, y se inspira en última instancia en un concepto de persona integral.

Dado este modelo psico-biomédico cabe preguntar si la conducta mental (sin excluir la actividad neurológica) es en sí activa y autónoma si se expresa en función causal en relación a los procesos biológicos, al igual que si ambos son recíprocamente activados. Es decir, ¿qué rol juegan las necesidades simbólicas del paciente y su capacidad en el funcionamiento de su unidad psicosomática más allá de la estructura, organización y regularidad de los genes en iteración con el ambiente? Básicamente la respuesta supone el reconocer que el paciente puede intencionalmente alterar el ambiente interior en el cual su enfermedad aflora y se desarrolla. Es decir, la etiología de la enfermedad incluiría referencia a información/mensajes derivados del orden genético, del ambiental y del simbólico entendiendo por este último lo reflexivo, lo auto-referente, la intencionalidad cognoscitiva-volitiva-afectiva (mental o psíquico).

Así, aún si lo simbólico es extra-somático no es por eso no-somático o inmaterial (res cogitans) sino un sistema de significación cualitativamente diferente a los procesos bio-químicos

Antes de proseguir hacia una exposición a la clínica práctica que este modelo inspira, es preciso hacer explícito el concepto de salud que el modelo supone. En este contexto salud, al igual que enfermedad variaría según ambiente, cultura, tiempo, personas y estilo de vida, al igual que según el conocimiento genético y fisiológico que se tenga en la actualidad. Las definiciones no podrían revestir un carácter rígido, universal ni estadístico<sup>8</sup>. De modo general, diríamos que salud es el equivalente al funcionamiento integrado del organismo.

La implicación práctica o para el orden de la práctica clínica que se desprende del modelo psico-biofísico es que en cuanto la enfermedad no se pueda definir exclusivamente en parámetros somáticos sino en atención complementaria de los factores simbólicos, la responsabilidad clínica se extenderá en dirección del conocer humanista indicado en la primera sección de este trabajo.

Buscamos un modelo científico y humanista sin por ello insinuar alternativas extra-científicas. Se trata de uno que reconozca el reduccionismo a la misma vez que la integración y el determinismo (causalidad unilateral y empírica) al igual que la circularidad cibernética (causalidad recíproca inclusiva de lo simbólico) en niveles de organización interactiva -sistema psicobiofísico- de auto organización voluntaria y creativa.

Se desprende una modalidad clínica que Pellegrino describe como conjunto de relaciones que supone al menos tres dimensiones: el hecho biomédico de la enfermedad, el acto médico de restaurar, cuidar o curar, más el acto profesional inspirado en el principio de beneficencia que fomenta la confianza mutua entre médico y paciente<sup>9</sup>.

#### Modelo psico-biológico y sentido de la enfermedad

Una de las implicaciones de importancia filosófica que se desprende del modelo científico/humanista es la apertura de éste a incorporar el sentido fenomenológico del estar enfermo. Ante todo se reconoce que la enfermedad es una condición que experimenta la persona y no solo una dimensión de esta. Es la persona la que experimenta el dolor, la pena, la incapacitación, el deterioro, la debilidad vinculada al quebranto somático. Pero es también esa persona la que interpreta su dolencia como motivo de desasosiego, deslocación, dependencia con la posible disolución del yo, pérdida de la propia integridad y la interrupción súbita de la historicidad de la propia existencia. Estudiosos del fenómeno de las dolencias en su dimensión subjetiva apuntan a la ansiedad, culpabilidad, ira, miedo y hasta hostilidad que no solo emanan de la interpretación personal de la condición patológica sino que pueden agudizar esta condición en sí. Más aún, específicamente el dolor es un fenómeno complejo. De modo que aunque el dolor es un mecanismo avisor y protector en beneficio del organismo que le indica sobre algún daño al organismo, también impide al doliente de trabajar, pensar claramente, le dificulta el sueño, le resta apetito, disminuye el ánimo e inclusive le atrofia la capacidad volitiva para vivir<sup>10</sup>.

Estudios fenomenológicos han revelado que la persona enferma con frecuencia se concentra en su corporeidad adolorida, herida o incapacitada,

alterando así la unidad pre-reflexiva de mente y cuerpo, con lo cual objetiva su cuerpo como algo amenazante.

*"Normalmente yo no estoy pendiente de mi cuerpo; él realiza sus tareas como un instrumento. Ahora que estoy enfermo, estoy agudamente pendiente de mi existencia corporal, el cual se hace sentir en un malestar general... el cuerpo que acostumbraba ser una condición se convirtió en el único contenido del momento. El presente que siempre servía al futuro, y que generalmente era afecto del pasado se ha saturado con sí mismo. Como paciente yo vivo con un cuerpo sin uso en un presente desconectado"* (traducción propia)<sup>11</sup>.

Uno de los efectos personales de sentirse enfermo es la disminución, inclusive pérdida, de la autonomía entendiendo esta como un conjunto de capacidades de auto-dirección, diseño de plan vital, razonamiento o deliberación de la ejecución de su plan, y la ejecución en sí<sup>12</sup>.

En resumen una enfermedad puede impactar a la persona en tres modalidades o en combinación de éstas, a saber: la enfermedad irrumpe en el orden biológico-estructura y/o dinámica corpórea (para lo cual el modelo bio-médico de enfermedad es útil), la enfermedad altera el horizonte vital del paciente en relación a sí como unidad de espíritu y cuerpo y en relación a su ambiente socio-cultural (para el cual el modelo científico-humanista es complementario del anterior) y en última instancia particularmente en enfermedades críticas, terminales, en inclusive crónicas estas suponen un reto a la autonomía, integridad y dignidad del ser persona<sup>13</sup>.

#### Resumen y conclusión

Hemos planteado en esta primera parte del trabajo que la medicina en su práctica clínica debe utilizar la *explicación* científica al igual que el entendimiento humanista para lograr su objetivo del cuidado de la salud. Tanto la salud como la enfermedad, ya en este trabajo analizado, se presentan como realidades multifacéticas. El modelo bio-médico inspirado en las ciencias bio-químicas le provee los recursos de explicación en términos de causa y condiciones de la salud y la enfermedad, lo cual presta claridad y precisión al diagnóstico y predicción al tratamiento. Pero al dialogar con pacientes surge evidencia de cómo la enfermedad se experimenta y el significado que ésta tiene para el paciente. Esta evidencia exige el *entendimiento* por parte del clínico. El modelo bio-médico resulta incompleto e irrelevante ante

la totalidad de la realidad y la evidencia que está manifiesta. Un modelo para la práctica clínica real y a la vez éticamente responsable ante la realidad tendría que incorporar o integrar la explicación y el entendimiento. Este modelo lo hemos denominado: psico-biomédico.

Pero, no se trata aquí solo de la explicación científica (modelo bio-médico) y el entendimiento humanista (modelo psico-social), sino que el modelo psico-biomédico debe incorporar la captación pre-reflexiva o vivencia existencial de la enfermedad según descripción fenomenológica. Es decir, el médico debe cultivar la intuición y la introspección para así captar o entender el sentido de la enfermedad como vivencia subjetiva<sup>14</sup>.

Según la perspectiva aquí ensayada la medicina incorpora el explicar científico del modelo bio-químico a una visión humanista de su meta en servir el bienestar humano del doliente/paciente. Para ello hace uso del entendimiento formal/reflexivo que de los estudios socio-humanísticos y el vivencial pre-reflexivo ofrecen el contexto adecuado para la incursión de las categorías abstractas de la explicación y las técnicas actuales sin que éstas despersonalicen al paciente y al profesional de la salud.

Se puede ser "clínico-humanista" si primero se entiende a sí como ser humano capaz de experimentar dolencias, segundo por entender el sentido que la enfermedad tiene para sus pacientes. El entendimiento de los sufrimientos y dichas ordinarias y extraordinarias de la vida diaria proveen el contexto para la aplicación humana de la explicación científica y el hacer técnico.

Este entendimiento provee un horizonte de experiencias de dolor, miseria, incapacidad al igual que placer, esperanza, alivio, que enriquece la práctica clínica como actividad profesional eficaz al igual que reverente. Un pensar científico riguroso y una competencia técnica se integran a un análisis crítico en la ética al igual que a un reconocimiento intuitivo de lo que el dolor, las separaciones, la pérdida, el depender, la intimidad y la empatía significan para el existir de la persona. Así se genera la confianza mutua que facilite el acto profesional de la práctica clínica-beneficiante. El paciente puede así tolerar el desequilibrio, el asalto, el reto a su persona que la enfermedad supone y a la vez ensaya una nueva integración de sí y su historia personal a la realidad de la dolencia.

Es precisamente un paciente apoyado en su médico al cobrar conciencia de su vulnerabilidad, impotencia y por esto dependencia quien puede revelar el misterio de nuestra finitud y anhelo de superación. Es en una palabra, el que reconoce el sentido profundo de ser persona. Como dice Kass:

"Precisamente este acto de auto-consciencia y de auto-reconocimiento, son signos no de ser mero cuerpo, de nuestra inferioridad, sino de algo muy especial, de algo que a pesar o quizás precisamente por estar consciente de la necesidad, afirma la vida, la totalidad y lucha por preservarla y dignificarla... Un buen médico hace del apoyo de la dignidad una parte significativa de su tarea profesional, ofreciendo esperanza sin engaño, conduciéndose con seriedad pero sin solemnidad, impartiendo consejo al igual que respetando la libertad" (traducción propia)<sup>15</sup>.

Al hacerlo, tácitamente reconoce y de hecho demuestra que los seres humanos somos necesarios pero libres para combatir la necesidad, vulnerables pero dotados de recursos, aislados corporalmente pero capacitados en alma y por el lenguaje de superar el aislamiento por medio del auto-conocimiento y relaciones apasionadas con otros y con el mundo, mortales y sujetos al error y al mal, pero en pleno anhelo y esfuerzo por alcanzar lo permanente y el bien. Así el interés principal del ser persona no es el encontrar el placer o el omitir el dolor sino el encontrar un sentido a la vida, la razón por la cual se esté dispuesto a aceptar el dolor e inclusive renunciar al placer.

## II. Enfermedad mental

En vista del análisis hecho del carácter clínico y de su incorporación del modelo biomédico al psico-biomédico y sus correspondientes nociones de enfermedad, examinaremos la práctica psiquiátrica. No será de extrañar que el cuadro médico descrito se repite en esta rama de la medicina. El enfoque primario de la enfermedad mental según el modelo biomédico se orienta hacia el suceso mental como desarreglo de un objeto u organismo. La enfermedad como categoría queda sujeta a una evolución interna de entidad clínica a agente etiológico que la explica de modo tal que haciendo uso del conocimiento biológico actual se logra definir un tratamiento e indicar a su vez la dirección que la investigación a de seguir. Como hemos de indicar más adelante, no podemos perder de vista las limitaciones en la aplicación del modelo

biomédico. Hemos de reconocer otras situaciones clínicas en las cuales las dificultades del paciente se caracterizan en términos no de una dislocación de un proceso semi-mecánico del estado mental, sino más bien en virtud de un malestar vinculado al exceso de una emoción común para el cual el modelo psico-biomédico con su énfasis en el entendimiento sería el más adecuado.

El modelo biomédico en la psiquiatría que postula la noción de forma para explicar la dolencia psíquica se asemeja al método de las ciencias naturales derivando así cierta credibilidad y al igual que también ánimo para el psiquiatra a favorecer las técnicas en asociación estrecha con las ciencias.

De modo que, en primer lugar la perspectiva de *forma* objetiva la experiencia mental, con lo cual el observador se coloca a distancia o "fuera" del suceso bajo estudio. Se le aconseja al paciente describir sus vivencias (pensamiento, estado de ánimo) o percepción como una entidad separada de sí mismo y no como condición subjetiva según la descripción fenomenológica. En segundo lugar, según este modelo la identificación de la dolencia se hace sinónimo con el diagnóstico con lo cual se aspira a la claridad y precisión del diagnóstico como pronunciamiento científico. Pero recordemos que el diagnóstico es también un arte que descansa en la intuición. Tercero, se hace necesario obtener una vasta enumeración y recopilación de caso que ilustren la forma y no se circunscribe a cada paciente individual. Cuarto, la tarea misma de buscar explicaciones según este método procede ensayando propuestas que puedan ser rechazadas o confirmadas produciendo así una serie progresiva de generalizaciones/consensus/conocer público.

Finalmente el resultado confirmado sobre la base de una población definida se usa para diagnosticar dolencias en otros pacientes pues el criterio a quedado establecido (Favor ver tabla).

Una psiquiatría centrada en este modelo favorecería con carácter de exclusividad si no de prioridad las intervenciones terapéuticas propias a la psicocirugía, psicofarmacología, e implantación de electrodos o "shock treatment".

El modelo biomédico con su análisis de la dolencia psíquica en términos de forma no toma en cuenta dos tipos de dolencia o aspectos comunes a las dolencias psíquicas, a saber: la vida en su complejidad que genera inconsistencias, conflictos y predicamentos que se asocian a los trastornos mentales; la experiencia de problemas de

desajuste personal con el ambiente o los conflictos inherentes a la estructura psíquica (Id, Ego, Superego) del molde psicoanalítico por ejemplo.

Sin lugar a dudas el ser humano es un organismo, objetivable con arreglo a sus partes constitutivas, pero es también un agente y una subjetividad quien actúa, conoce y siente dolor o experimenta su enfermedad. Así, resulta igualmente legítimo y útil preguntar porqué una persona actúa como lo hace, como el preguntar como un estado mental ha surgido.

El supuesto de la existencia de un "YO" o entidad interna, no implica que la persona siempre entienda plenamente las razones de sus experiencias y reacciones. Pero sí supone que esas razones y sentido profundo del porqué se es como se es sí puede encontrarse y al igual que entenderse como ellas iluminan aspectos de la vida mental y de la conducta, y hacen de todo el conjunto una vida humana en su devenir. Esta reflexión nos conduce a mencionar otra corriente psicoterapéutica que aún no ha de ser examinada exhaustivamente en este trabajo se presenta el contraste esclarecedor de las limitaciones de reduccionismo mencionado bajo la categoría de forma en el modelo biomédico. Los psiquiatras reconocen esta obra como razonamiento por *función*<sup>16</sup>.

De acuerdo a un razonamiento por función, los síntomas patológicos no son vistos desde una perspectiva externa o modo de forma, a ser aplicados biomédicamente sino que desde dentro como expresiones interpretables del desasosiego de una persona a ser entendidas con la ayuda de un modelo psico-biomédico según elucidado.

De acuerdo a la perspectiva funcional, uno capta los estados mentales penetrando figurativamente en el mundo del sujeto para compartir temporariamente en sus experiencias, reacciones y razonamientos. El objetivo de acercarse de este modo al paciente en el intento de entender los propósitos, significados e inclusive funciones simbólicas de sus síntomas en cuanto individuo en sus circunstancias particulares. Para lograrlo la terapeuta acude más a su intuición, empatía y entendimiento humanista que a las técnicas de las ciencias exactas.

El análisis desde la perspectiva de función que caracteriza a la corriente denominada psiquiatría dinámica presupone, sin embargo, un cierto dualismo entre el yo consciente y el yo inconsciente. Dicho presupuesto ontológico viene acompañado de una interpretación de la dimensión consciente

en cuanto reflejo distorsionado o en algún modo modificado de inconscientes subyacentes que contiene las razones apropiadas que explican la acción humana. El psico-análisis como terapia en sus variaciones puede incertarse en esta corriente.

La perspectiva de función ofrece varias ventajas sobre la ya mencionada perspectiva de forma, a saber: 1) el reconocimiento de un funcionamiento significativo de la conducta no solo supone un aprecio del pasado del paciente sino que también señala posibilidades para el futuro; 2) el requisito de no solo escuchar con simpatía/empatía de parte del terapeuta sino de cultivar las destrezas del trato interpersonal del profesional y su paciente; 3) el hecho de que las instituciones que acompañan el diagnóstico son únicas al paciente en relación a su terapeuta, es decir, que se ofrece un trato de tratamiento personalizado singularmente apreciado por la mayoría de los enfermos mentales; 4) un criterio nuevo de eficiencia que exige la participación co-responsable del paciente en reformular su concepto estimativo de sí y del sentido y planes de su vida; 5) en cuanto exitosa la psicoterapia de función brinda al paciente un sentido de señorío y autocontrol fundado en su voluntad de logro personal y de crecimiento que emerge de sus intenciones más profundas y privadas<sup>17</sup>.

Reconocemos ciertas dificultades y desventajas a la perspectiva de función las que a su vez sirven para indirectamente designar ventajas a la perspectiva de forma: 1) al tratar de entender todo sufrimiento mental como significativo puede estar desatendiendo, inclusive negando, a la psiquiatría los beneficios derivados por otros recursos de carácter científico-técnico, a saber, la neurofisiología; 2) puede existir el incentivo suficiente para distinguir entre las características variadas de los sucesos mentales o la distinción propia entre enfermedad o salud al inclinarse a pensar en un continuum entre desasosiego temporero, ansiedad, síntomas neuróticos y síntomas psicóticos... quizás declarando toda conducta como patología latente. Se podría llegar al punto de declarar que una separación categórica entre pacientes y/o dolencias no sería posible, dificultando así todo diagnóstico clínico; 3) las intuiciones esclarecedoras se aplican mejor a los individuos de cuyas historias vitales se derivan, que a conjunto de individuos de modo que se dificulta la generalización; es decir, la perspectiva de función no parece preocuparse como la de forma en derivar

principios a ser verificados o refutados a explicar según modelos científicos, más bien se complace de insistir en el entendimiento por intuición y empatía<sup>18</sup>.

Insistimos en la práctica clínica para reconocer la complementariedad o mutua referencia del modelo biomédico y el modelo psico-biomédico en el contexto de una ontología del ser *persona*. Persona es unidad sustancial, y no interacción de materia y espíritu, que admite la explicación científica como el entendimiento humanista.

De modo que si ahora tomamos las dos perspectivas identificadas y ya caracterizadas en término de forma y función, vemos que cada una representa "métodos" diversos de observación y razonamiento con implicaciones correspondientes para la psiquiatría. Si enfocamos la vida consciente de los pacientes psiquiátricos es fácil reconocer que es un fenómeno en el cual el comportamiento, los estados neurofisiológicos (Forma), al igual que los propósitos y vivencias introspectivas (Función) tienen su relevancia para el diagnóstico y la terapia. Forma y función (explicación y entendimiento), sucesos y propósitos interactúan obviamente, aún si se hace difícil captar un desorden mental desde ambas perspectivas simultáneamente.

Puede tal vez suscitarse una dialéctica de explicación vs. entendimiento inherente al orden de la práctica clínica-psiquiátrica. Estos dualismos de forma-función, de suceso-propósito, de verificación científica-intuición no creo se encuentren tan claramente manifiestos en otras ramas de la medicina como en la psiquiatría.

Hemos ya anticipado una posibilidad de integración de las modalidades diversas de dualismo bajo el concepto filosófico de persona, de una reconciliación de la oposición dialéctica en un diálogo que debería servir de marco para preguntar: ¿qué es lo que realmente hacemos cuando consideramos la experiencia mental y el comportamiento desde la perspectiva de la forma y luego de la función? Creo haber colocado en dudas la confianza de que cualquiera de las dos perspectivas sea un modo de conocer que se pueda emplear e implementar en la práctica excluyendo al otro. Creo que podemos esperar algunos logros con cada uno de los modos de razonamiento en su aplicación en tratamiento y diagnosis, pero que de ser mal aplicado causarían daño y confusión, algunas veces de proporciones serias. Subyacentes (si se nos permite esta metáfora espacial) a la

concepción del paciente como objeto u organismo bajo la perspectiva médico-clínica y la concepción del mismo como sujeto o agente operante postulamos la noción de *persona*. En este contexto entendemos por persona al individuo singular que se manifiesta en sus opiniones, decisiones, estado de ánimo, logros y fracasos y que sí exige una visión particular para su entendimiento y explicación en su posible vinculación a las concepciones de objeto y sujeto correspondiente, según aplicadas al ser humano. Aquí recogemos la definición ya clásica de persona según Mounier, a saber: la persona es una substancia racional, una unidad inseparable de alma y cuerpo, que existe como tal desde su concepción. En este sentido se es persona por determinación natural y se distingue por los rasgos de conciencia, auto-conciencia, reflexión y raciocinio, autonomía, vinculaciones sociales, despliegue de sí en el tiempo, y por anhelos de trascendencia que incluye la religiosidad o búsqueda de contacto con lo absoluto.

Al plantear la noción ontológica de persona de modo alguno nos referimos a un modelo -a saber el modelo personalista- sino a una fundamentación real para todos los modelos. Entiéndase por modelo una configuración metodológica.

## Notas

1. Bench, R. John. "Health Science, Natural Science, and Clinical Knowledge". *The Journal of Medicine and Philosophy*. vol. 14, no. 2, April 1989, p. 147-164.
2. Wyatt, F. "What is Clinical Psychology?" in A. 2. Guiora y M. A. Brandwin (eds.) *Perspectives in clinical psychology*. Van Nostrand, Princeton, New Hampshire, 1968, pp. 235-236.
3. Korchin, S. J. *Modern Clinical Psychology*. New York. Basic Books, 1976.

4. Nation, J. E. and Aram, D. M. -*Diagnosis of Speech and Language Disorders*. St. Louis, Missouri; C. V. Mosby. 1977.
5. Bench, *Op. cit.*
6. *Ibid.*
7. Kuhn, T. S. *The Structure of Scientific Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press, 1970, p. 10.
8. Para un estudio del concepto salud favor de referirse a mi libro *Ética Médica*. Mayagüez; Librería Universal, 1984.
9. Pellegrino, E. y Thomasma. *For The Patient's Good*. New York. Oxford University Press, 1988, p. 62.
10. Definiciones de dolor: *International Association for The Study of Pain*. "El dolor es un sentido desagradable y una experiencia emocional asociada con actual o potencial daño al tejido o descrito en términos de esta daño". El Conductivismo lo define: "El dolor es un proceso por el cual un evento sensorial aferente es percibido y el cual influye en el comportamiento". *Psicodinámica* "Incomodidad psicológica, problemas y miserias que hacen un conflicto engendrado en nosotros".
11. J. H. Van den Berg. "The Meaning of Being I-III". *Phenomenological Psychology*. Editor - Joseph J. Kockelmans. Boston Martinus Nij Hoff Publishers, 1987, pp. 230-231.
12. Beauchamp, Y y Childress, J. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press, 1979, pp. 56-57.
13. Pellegrino, *Op. cit.* p. 145.
14. Schwartz, M. A. y Wiggins, O. "Science Humanism, and The Natural of Medical Practice". *Perspectives in Biology and Medicine*. vol. 28, num. 3, Spring 1985, pp. 331-360.
15. Kass, Leon. *Towards a More Natural Science*. New York, The Free Press, 1985, p. 203.
16. Mc Hugh, Paul y Slavney, Phillip. *The Perspective of Psychiatry*. Baltimore, Maryland - The Johns Hopkins University Press, 1986, p. 9-24.
17. *Ibid.*
18. *Ibid.*

Elena Lugo  
 Universidad de Puerto Rico  
 P. O. Box 5000  
 Mayagüez  
 Puerto Rico 00709-5000