



Perspectiva ética de la práctica de Rehabilitación psicosocial

Xabier Etxeberria Mauleon

Catedrático de Ética de la Univ. de Deusto

Presidente del CEA del Hospital de Cruces. Bilbao

Miembro del CEA de FEAPS. Profesor del Master de Bioética de la UCM

La presente reflexión¹ está guiada por dos tesis básicas, que deben hacerse realidad en una circularidad virtuosa:

- a) La rehabilitación es una práctica con componentes técnicos que exige *por ella misma* que sean enmarcados en la ética —frente al neutralismo moral del profesional—.
- b) La rehabilitación es una práctica motivada por la ética que precisa encarnarse en unas técnicas adecuadas —frente a la ingenuidad moral del inexperto—. Lo implicado en estas tesis es que la ética no es un plus externo a la rehabilitación sino una dimensión *interna* a ella. En lo que sigue pretendo precisar su contenido y alcance.

En el corazón de esta perspectiva ética, el profesional (y la sociedad en lo que le corresponde) debe situar a la persona enferma que le interpela en su condición de *sujeto de dignidad* que está en circunstancias de una *fragilidad* específica. Es fundamental que viva la síntesis de la interpelación, no la parcialidad de la segunda parte.

No debe darse por sentado que a quien padece una enfermedad mental se le reconoce *coherentemente* su dignidad. Es, por eso, necesario, comenzar recordando algunas obviedades morales en relación con ella.

- El que la persona con enfermedad mental tenga fragilizada su autonomía racional, la característica que tendemos a resaltar para definir lo específicamente humano, puede arrastrar el que le fragilicemos su dignidad, que, recordemos, es intangible. La lógica moral es la contraria: precisamente porque la persona con enfermedad mental es digna, se impone afianzar todo lo posible, a través de las prácticas profesionales adecuadas, su autonomía racional, tanto en su proyección privada (persona que se autorrealiza) como pública (ciudadano participativo).
- Ser digno significa ser fin en sí, valer por sí mismo, por lo que se es en cuanto humano. Quien es digno no puede ser tratado como puro medio (valer para otra cosa, ser instrumentalizado), ni ser marginado (no valer para nada). La práctica de la rehabilitación psicosocial de las personas con enfermedad mental, en la medida en que se enfrenta tanto a procesos de instrumentalización como de exclusión —no sólo sociales sino también terapéuticos—, encuentra aquí su fundamento moral decisivo. Desarrolla, además, el mero respeto pasivo a la dignidad en empatía activa.

Puede reasumirse de otro modo lo precedente resaltando que la dignidad de la persona

¹ Este texto es la síntesis de una ponencia impartida en el “II Congreso Nacional de FEARP”, que tuvo lugar en Bilbao, del 5 al 7 de junio de 2008.



con enfermedad mental reclama el *reconocimiento* de su condición digna. Vivenciamos la dignidad en la relacionalidad del reconocimiento. Emerge, así, la gran riqueza de la intersubjetividad. Pero también el horizonte de un grave riesgo: el del mal reconocimiento. El que «la constitución de los sujetos sea una constitución mutua mediante la “opinión”», implica la «amenaza de una existencia especular y casi fantasmática; esa posibilidad de no ser ya más que una frase del otro»².

- Se trata de una amenaza ante la que es especialmente vulnerable quien está en circunstancias de fragilidad psíquica. Ello hace evidente que la actitud básica del profesional que pretende la rehabilitación tiene que ser precisamente la del buen reconocimiento. Sólo sustentándose en él, las prácticas se hacen buenas prácticas.
- Es, además, en esta exigencia moral de reconocimiento adecuado en donde hay que situar el «poder social» del que se habla en la rehabilitación: el que la recuperación no dependa sólo del esfuerzo del enfermo y del profesional sanitario sino de la acogida de la comunidad. Ésta sólo es real y positiva cuando se sustenta en ese reconocimiento adecuado, el que borra de raíz el estigma. Desde este punto de vista, el profesional está llamado a convertirse, a través de lazos organizativos e institucionales, en un «luchador social» contra las estigmatizaciones y prejuicios sociales que bloquean el buen reconocimiento.

Si hacemos un repaso a lo planteado hasta ahora, vemos que, en realidad, han ido emergiendo subliminalmente los clásicos principios de la ética médica, que también deben informar las prácticas de rehabilitación, pero con una perspectiva especial:

- Queda totalmente manifiesto que encuentran, no sólo su fundamento sino su orientación básica, en la dignidad de la persona enferma.
- El principio de justicia se nos muestra inicialmente como deber de reconocimiento de la dignidad del enfermo frente a toda minusvaloración y todo estigma. Desbordando en sus exigencias al personal sanitario, se extiende a toda la sociedad.
- El que estemos considerando a personas con autonomía racional fragilizada pero enmarcada en su dignidad, empuja antes que nada al respeto de la autonomía que ya es y al trabajo de sanación a favor de la autonomía que puede ser. El principio de autonomía imbrica así, de hecho, tres autonomías: la del paciente, la del profesional, la de la comunidad, que se tienen que armonizar orientándose al horizonte de posibilidades de autodeterminación del enfermo.
- En una autonomía así concebida hemos incluido ya la acción benefactora, pero en la forma de acogida de quien siendo digno es frágil, sufriente, paciente. Una acción benefactora que, en el caso de la enfermedad mental, se visibiliza decisivamente como acción por la autonomía. Ese es su sentido decisivo. Ese es el bien interno, por usar una categoría de MacIntyre³, de la práctica rehabilitadora. Toda orientación a expresar la beneficencia del profesional como mantenimiento en la «seguridad» —con frecuencia, sobre todo de la sociedad— de la fragilidad de autonomía del enfermo, resulta moralmente espuria. Esto nos recuerda que así como para ciertas enfermedades la metáfora decisiva de su proceso sanitario no puede ser el «taller mecánico», para la enfermedad mental en modo alguno puede ser el «espacio enclaustrado», que recuerda demasiado a la «cárcel».

2 P. Ricoeur, *Finitud y culpabilidad*, Madrid, Trotta, 2004, 138. [El texto original en francés es de 1960].

3 La presenta en su obra *Tras la virtud*, Barcelona, Crítica, 1987, 223. Habla de que en toda práctica hay un bien interno o inherente a la misma, que es precisamente el que la define y justifica socialmente, pudiendo haber además bienes externos, aquellos que se consiguen con ocasión del ejercicio de ella (por ejemplo, dinero, fama o poder). El criterio más básico de la ética pide, a este respecto, no subordinar los bienes internos de las prácticas a los externos.



- En la imbricación que se acaba de esbozar de autonomía del paciente y beneficencia del profesional⁴, volvemos a encontrarnos con la justicia, pero ahora en forma de justicia social, de derecho de acceso a todos aquellos recursos y servicios que se precisan para que la rehabilitación se logre, así como de exigencia para el profesional de una equitativa administración de los mismos.

La reasunción adecuadamente articulada y contextualizada de los principios precedentes por parte del profesional, puede ser sintetizada en el principio de *responsabilidad*. Permítanme, de todos modos, precisarlo de otro modo acudiendo a Ignacio Ellacuría (que, inspirado en Zubiri, pone los tres primeros pasos que voy a mencionar⁵) y Jon Sobrino (que le completa con un cuarto). La actitud responsable ante la realidad —aquí la implicada en la práctica rehabilitadora— supone, según esto, el siguiente proceso:

- Hay que comenzar por «hacerse cargo de la realidad» de las personas con enfermedad mental, estando activamente en esa realidad y no sólo intelectualmente. Al profesional se le presupone esta actitud. Pero no se le supone a la sociedad, algo decisivo, como vivimos. Y además, también el profesional puede fallar: cuando olvida la singularidad de cada ser real enfermo, y, por ejemplo, aplica mecánicamente protocolos farmacológicos contra la enfermedad.
- En segundo lugar, hay que «cargar con la realidad» de los pacientes que estamos contemplando aquí, asumir en carne propia las dificultades que puede suponernos. Pero no como una especie de condena, sino como expresión de solidaridad empática. Esto vale para el profesional sanitario, pero vale también para la sociedad.
- En tercer lugar, hay que «encargarse de la realidad», es decir, hacer lo posible por

transformarla en dirección a la justicia y la plenitud humana. Esto es, ni más ni menos, lo que pretende la labor de rehabilitación y recuperación.

- Por último, hay que «dejarse cargar por la realidad», es decir, dejar que la realidad de las personas con enfermedad mental, gracias a los procesos relacionales que establecemos con ellas, nos transforme. Como profesionales y como sociedad. Luego retomaré este aspecto. De momento me contento con subrayar que sólo se da algo al otro fecundamente —aquí, ayuda profesional— cuando en el propio dar se recibe, cuando la actividad de la iniciativa es de tal calidad que está abierta a ensamblarse con la «pasividad» de la receptividad.

He aplicado este proceso de responsabilidad a los profesionales y a la sociedad. También cabe aplicarlo al paciente. Desde este punto de vista, el esquema precedente se convierte en una especie de guía de la acción benefactora del profesional (y la sociedad), de orientación para los cursos de ayuda que debe realizar a fin de lograr que el enfermo: se vaya haciendo lúcidamente cargo de su realidad; cargue positivamente con ella como peso que no le abruma; se encargue de ella para hacerla evolucionar, con su iniciativa y su colaboración, hacia la recuperación; se deje cargar por la realidad transformadora de quienes se insertan positivamente en su proceso.

Al introducir antes la responsabilidad, he adelantado que supone la aplicación *contextualizada* de los principios de la ética médica. Esto implica, concretamente, remitirse al referente *prudencial* en las prácticas de rehabilitación.

- La prudencia, para empezar, es la virtud de los juicios y las decisiones morales en circunstancias de incertidumbre, en las que

4 Hay que reconocer que, en la práctica rehabilitadora, ensamblar adecuadamente el respeto a la autonomía y la iniciativa benefactora es una tarea delicada. Pueden encontrarse diversas orientaciones al respecto en A. García Nieto, “La rehabilitación psicosocial como principio ético”, *Rehabilitación psicosocial*, 4 (2007) 37-40.

5 En “Hacia una fundamentación filosófica del método teológico latinoamericano”, *Estudios Centroamericanos*, 322-323 (1975).



varios cursos de acción son posibles. Situaciones de este tipo, bastante comunes en la práctica médica en general, resultan especialmente manifiestas en las prácticas de rehabilitación psicosocial. José Antonio de la Rica, teniendo presente a Anthony, resalta que el número de elementos que se interrelacionan en estas últimas son tantos, que delimitan un sistema de extrema complejidad. Ante él sólo se puede avanzar, añade, mediante la *apuesta* por una praxis eficaz, en la conciencia de que tendrá que enfrentarse a múltiples derivas y elementos aleatorios, no todos previsible⁶. Con esta advertencia se nos sitúa de lleno en la responsabilidad mediada por la prudencia.

- Puede aducirse que en la consideración que se nos acaba de hacer se habla de «apuesta» y no de prudencia. Ciertamente, la apuesta que gusta del riesgo por el riesgo no es prudencial. Pero, por otro lado, la prudencia que realiza la responsabilidad no es la timoratería o pusilanimidad, ni siquiera la actitud precavida que huye sistemáticamente del riesgo. Estas vivencias son, por decirlo en lenguaje aristotélico, uno de sus extremos viciosos. Es prudente el que arriesga con cordura en vistas al bien. La prudencia *moral* es un «término medio» que no expresa mediocridad, sino *areté*, «excelencia». Supone, por eso, un arte delicado que debe abrirse a la invención, a la innovación, la audacia, cuando la situación lo requiera. En él: hay que saber remitirse al sistema de bien y de principios adecuado, hay que saber conocer las circunstancias en juego, hay que intuir las consecuencias —anticiparse— para hacerse cargo de ellas, pero también hay que tener en cuenta las experiencias pasadas —hacer memoria—, hay que ser capaces de imaginar soluciones novedosas, de afrontar riesgos lúcidos, etc. Y acabar sintetizando todo ello en un juicio

moral en situación, paso previo para la decisión de la voluntad y la acción que acaba realizando la moralidad responsable.

- Las prácticas de rehabilitación psicosocial están llamadas a impregnarse profundamente de prudencia, de sabiduría práctica, en este sentido. Algo que no sucede cuando lo que domina es la pusilanimidad que se aferra compulsivamente a la seguridad. A la seguridad respecto al propio paciente, al que, por evitarle riesgos, se le mantiene en la infantilización y se le bloquean las evoluciones positivas. A la desmesura de afán de seguridad de la sociedad, a la que, por evitarle la mínima posibilidad de riesgo que podría ocasionarle el paciente en libertad, se le ofrece el enclaustramiento clásico del enfermo, sellando de este modo su dura instrumentalización, el no reconocimiento de su dignidad. Es cierto que la prudencia no es temeridad, su otro extremo vicioso, y a ello habrá que estar también atentos en la práctica de rehabilitación. Pero sin que se confunda a la temeridad con la audacia de la que aquí se ha hablado.

El lenguaje que ha dominado en las consideraciones precedentes es el de la razonabilidad moral. Es muy importante y nos ha aportado pistas decisivas para la toma de decisiones y el diseño de estrategias. Pero para que sea humanamente plena debe imbricarse adecuadamente con la *sentimentalidad* moral. Las prácticas de rehabilitación no implican sólo decisiones, implican también relaciones personales mantenidas en el tiempo, esto es, afectos. Y hay que tratar de que sean afectos morales. Abrimos con ello un panorama que es amplísimo y complejo, y que aquí no pretendo explorar sino sólo desvelar a través de ligeros apuntes y en forma interrogativa.

- El sentimiento moral que emerge espontáneamente ante la interpelación del otro frá-

6 En "Recuperación: el poder social", ponencia no publicada, presentada en el Primer Congreso Nacional de FEARP.

7 En *La compasión. Apología de una virtud bajo sospecha*, Barcelona, Paidós, 1996, 145.



gil es el de la *compasión*, el padecer con él a causa del sufrimiento de él, acompañado del impulso de aliviar su pesar o desgracia. La piedad se manifiesta, como dice muy bien Arteta, en la percepción solidaria de «la tensión entre la desdicha del hombre y su vocación de excelencia»⁷. ¿No convendría que fuera éste un sentimiento presente en los profesionales que gestionan la práctica de rehabilitación?

- Puede objetarse que la compasión corre el grave riesgo de su enmarque en la superioridad humillante. Y es cierto. De él debe alejarnos, para empezar, la plena conciencia de la *grandeza* del otro enfermo, en cuanto sujeto de dignidad. Pero también la conciencia de nuestra común fragilidad constitutiva. E, igualmente, el que conexionemos la compasión con otro sentimiento importante: el de la *admiración*. ¿Tener disposición para admirar cualidades y conductas del enfermo mental? ¿Para aprender de él? ¿Para cultivar la correspondiente atención a él? De eso se trataría. Por supuesto, en la afinada conciencia de la realidad global del paciente. De la compasión emanaba la iniciativa hacia el otro. La admiración estimula la receptividad al don del otro. Estoy seguro de que todo buen profesional de la práctica de rehabilitación tiene experiencias significativas en este sentido.
- A quien vive esta compasión y admiración, ante determinados comportamientos de las instituciones y de la sociedad, marginadores de los enfermos y negadores de sus derechos, le surge el sentimiento de *indignación*, poderoso y moralmente delicado. Porque puede desbocarse en ira, furor y rabia. Pero puede igualmente alimentar el coraje para denunciar esas situaciones de injusticia por vías que no suponen injusticias. Es precisamente entonces cuando el sentimiento se

hace moral. La compasión se dirigía hacia el paciente, la indignación hacia quien no es justo con él. Unidos los dos sentimientos, tienen una fuerza poderosa. ¿Por qué no postularla para las personas que intervienen en las prácticas de rehabilitación? ¿Precisamente, además, como afianzamiento decisivo del buen ser de esas prácticas?

- Si sentimientos como los precedentes concretan la cara positiva de la sentimentalidad moral, otros como el desprecio, la indiferencia o el miedo pueden expresar, para el caso de la relación con las personas con enfermedad mental, su cara negativa. Me limito simplemente a señalarlo y a advertir que pueden afectar, descarada o sutilmente, tanto a los profesionales como a la sociedad. Ni que decir tiene que suponen bloqueos decisivos para los procesos de rehabilitación, por lo que debe hacerse todo lo posible por superarlos.

El título de estas líneas promete presentar una perspectiva ética global de la rehabilitación. Para dar cumplimiento a ello falta abordar una última categoría, que considero especialmente relevante y que hoy tiende a arrinconarse en la ética médica: la de la virtud. Está muy unida a la de la sentimentalidad moral, porque la mayoría de las virtudes suponen en la práctica sentimientos morales, transidos de razonabilidad, que se han interiorizado en el «carácter» de la persona de tal modo que generan hábitos de comportamiento acordes con ellos (en bastantes casos, hasta las llamamos por el mismo nombre, como la virtud de la compasión; en otros casos, por ejemplo, en la paciencia, la virtud sintetiza complejos sentimientos).

Dadas las limitaciones temporales de esta ponencia no voy a entrar en ello⁸. Me limito por eso a resaltar dos tesis, sin desarrollarlas:

8 He hecho una reflexión totalmente centrada en la categoría de virtud pero aplicada al caso de los cuidados paliativos, en: "Virtudes éticas: una necesidad en cuidados paliativos". Ver Azucena Couceiro (ed.) *Ética en cuidados paliativos*, Madrid, Triacastela, 2004, 49–62. Por supuesto, las prácticas propias de esta situación y las prácticas de rehabilitación psicosocial son muy diferentes, pero el lector interesado, consultando lo dicho para el primer caso, puede hacerse una idea significativa de lo que convendría plantearse para el segundo.



- a) El trato cotidiano con las personas con enfermedad mental sólo adquiere densidad moral cuando se expresa como práctica de virtudes tales como la esperanza, la humildad, la paciencia, la confianza, la constancia, la fortaleza, etc.
- b) La rehabilitación a la que estamos apuntando tiene en esta práctica de las virtudes una de sus condiciones significativas de posibilidad, de realización.

Esta mención de las virtudes relacionales, totalmente personalizadoras del otro, me per-

mite acabar con una breve referencia al enfermo mental como *persona singular* que instaura una relación singular con el profesional. Allá donde hay singularidad no debe haber mera ciencia —de sanación— aplicable serialmente, debe haber «arte», concebido como exquisita y con frecuencia «intuitiva» atención y acomodación a la persona concreta. De cara a este objetivo la orientación ética de la práctica de la rehabilitación, tal como ha sido presentada, es un aliado decisivo.



BIBLIOGRAFÍA

- P. Ricoeur. *Finitud y culpabilidad*, Madrid, Trotta, 2004.
- MacIntyre. *Tras la virtud*, Barcelona, Crítica, 1987.
- A. García Nieto, "La rehabilitación psicosocial como principio ético", *Rehabilitación psicosocial*, 4 (2007) 37-40.
- I. Ellacuría. "Hacia una fundamentación filosófica del método teológico latinoamericano", *Estudios Centroamericanos*, 322-323 (1975).
- J.A. De la Rica. "Recuperación: el poder social", ponencia no publicada, presentada en el Primer Congreso Nacional de FEARP.
- A. Arteta. *La compasión. Apología de una virtud bajo sospecha*, Barcelona, Paidós, 1996.
- A. Couceiro (ed.) *Ética en cuidados paliativos*, Madrid, Triacastela, 2004.