

Bioética y psicoterapia

Eduardo Casillas González/ Master en Bioética

La **ética de la psiquiatría** ha sido considerada por mucho tiempo la *Cenicienta* de la bioética, debido al mismo prejuicio por el que se ha considerado a la psiquiatría como la *Cenicienta* de la medicina. ¿A qué prejuicio nos referimos? Al prejuicio según el cual la *clínica* no fuera más que una ciencia (o un conjunto de ciencias: la biología más otras ciencias naturales) que describe hechos absteniéndose de valorarlos y formula leyes objetivas que requieren simplemente ser aplicadas al caso patológico. Sin embargo, **la clínica es**, a nuestro parecer, antes que nada, **una alianza**, basada en una promesa recíproca de los socios, una alianza dirigida a la cura de una persona que sufre (el socio más débil). En esta empresa práctica son también aplicados conocimientos científicos (naturalistas, y humanistas) y competencias técnicas, pero el sentido de esta aplicación, sus límites y objetivos son decididos en función de valores.

Las razones del carácter constitutivamente ético de la empresa de curar residen en la naturaleza del objeto de la cual ésta se ocupa: la enfermedad. **La enfermedad no es** de origen un hecho, en el sentido de un conjunto de fenómenos naturales atípicos, sino **una experiencia humana** valorada como negativa en referencia a un modelo de vida sana, de vida buena desde el punto de vista de su eficiencia y calidad. Precisamente, por el escándalo y el sentido de amenaza que suscita en todos, la experiencia de la enfermedad lleva a buscar las causas y a eliminarla. Ahora bien, definir **“buena” la vida**, significa circunscribir tal noción a un ámbito no sólo cognitivo, sino también axiológico (es decir **relativo a los valores**), un ámbito que, en nuestras sociedades pluralistas, se traduce en un conflicto entre diversas interpretaciones de los conceptos de salud, enfermedad, generación, naturalidad del morir, locura. “No puedo más”, “estoy bloqueado por el dolor”, “un peso me oprime el pecho”, “siento caliente todo”, “todo gira”: las anteriores son maneras comunes de comunicar al exterior nuestro malestar, los cuales aún son anteriores a la separación entre cuerpo y mente y entre persona y mundo.

Lo que sucede es que **percibimos la irrupción en nosotros de un mal**, del cual desconocemos el origen y del que desesperadamente buscamos delimitar cognoscitivamente, dándole –si lo logramos– un sentido y oponiéndolos a lo que sea una amenaza. Estas **dimensiones antropológicas de la enfermedad** son puestas entre paréntesis por la práctica médico-quirúrgica ordinaria, más aún en la medida en que ella se lleva a cabo en un contexto de súper especialización como sucede comúnmente hoy en día, y se concentra en las dimensiones biológicas de la enfermedad, aunque vuelven a ocupar un lugar central en las fases comunicativas más ricas desde el punto de vista humano, como aquellas que preparan una decisión consensual.

En **psiquiatría**, al contrario, **tales dimensiones son por lo general imprescindibles**, por el hecho de que un diagnóstico exacto y una propuesta terapéutica adecuada requieren adentrarse en el mundo interno del enfermo, reconstruyendo en la medida de lo posible el sentido personal y el significado

expresivo de su comportamiento (a primera vista sin conexión y contradictorios) y reconociendo **su génesis no sólo somática, sino también**, si es el caso, **psíquico y social**. En la medicina general también es fácil registrar un *acuerdo valorativo* entre pacientes, médicos y sociedad acerca de los disturbios a eliminar, en psiquiatría en cambio es parte del proceso **realizar constantemente con el enfermo un diálogo y una negociación** para definir si y cómo atenuar los fenómenos patológicos que mayormente contrastan con sus preferencias y opciones personales y nos encontramos a menudo en la necesidad de defender y promover, con el auxilio de la atención, opciones libres contrastantes con los ideales sociales dominantes.

Pensemos en el caso del **ansia**, cuya inscripción entre los signos de enfermedad, está subordinada al juicio del sujeto, pudiendo ser rastreada como componente de una experiencia excitante, libremente elegida, por ejemplo, viendo una película de terror. La psiquiatría está por lo tanto habituada a reconocer las funciones tranquilizadoras de un diagnóstico y **ve a través de una lupa las dimensiones éticas** que pueden pasar inadvertidas en las transacciones médicas comunes, sobre todo porque en estas últimas se alcanza más fácilmente un acuerdo sobre lo que debe hacerse, es decir sobre los bienes a perseguir. Las **cuestiones éticas sobre psicología clínica, psicoterapia y psicoanálisis** son aún poco consideradas. A menudo nos limitamos a hablar de abuso de poder, maltratos, prácticas sexuales respecto a los pacientes, o a recordar el deber de confidencialidad y la equidad en las tarifas solicitadas. Por lo demás, se considera que cuando una cura sea conducida en modo adecuado desde el punto de vista técnico, por ende, será de igual manera éticamente. Las **relaciones entre moral y psicología** son bastante complejas y pueden producirse, eventualmente, invasiones entre los dos campos.

Otra cuestión que nos parece trascendente, en este contexto, es aquélla que tiene que ver con **la neutralidad del terapeuta**. De este último se espera obviamente que no pretenda dar doctrina al paciente ni dirija la cura en nombre de algún ideal religioso, moral o sociopolítico, sino que lo ayude en modo “no directivo”, a mejorar su condición y a llevar a cabo más libremente transformaciones en su vida. Es, sin embargo, **discutible que neutralidad signifique la ausencia de cualquier opción moral**. Antes que nada, no es neutral –así ha sido sostenido– la actitud de escucha y ayuda que es manifestada al paciente: a menudo más bien se espera que el paciente haga suya, es decir dirija hacia sí mismo la disposición a la ayuda, que el terapeuta le comunica, excluyendo, por ejemplo, que se adoptará una postura de parte del terapeuta de tipo oportunista o vengativo. Lejos de ser un observador neutral o una especie de espejo (imagen de Sigmund Freud) que refleja objetivamente los pensamientos del paciente, **el terapeuta –al menos a juicio de algunas escuelas– está íntimamente relacionado, sintonizado empáticamente con quien sufre**, sinceramente decidido a ayudarlo, y deseoso de que el sujeto se convierta en lo que verdaderamente es.

Una **asociación psicoterapéutica**, prometiendo públicamente (a través de los propios estatutos, códigos deontológicos, opciones metodológicas) proseguir ciertos objetivos, **resiente inevitablemente el contexto sociocultural** en el cual vive y, por lo tanto, más o menos conscientemente, se opone o confirma los valores dominantes y las tendencias morales de una época. Podemos decir que a menudo la práctica clínica **diseña y comunica –incluso implícitamente– un modelo de salud psíquica**, de ciudadano sano y comportamiento virtuoso, que se propone perseguir. Podemos constatarlo acudiendo a alguna historia psicoterapéutica y seguir la evolución de los conceptos clave utilizados, para notar cuánto pueden cambiar ciertas opciones de valor. Se piense en la relevancia atribuida (o bien negada por otras posturas) a cualidades como **la autorrealización individual**, un concepto que, al menos en algunas versiones, se asocia a una noción típicamente occidental de autonomía como

independencia (cuanto menos me apoyo en los otros, más estoy libre de interferencias y en grado de modular mis afectos y decidir auténticamente mi destino).

Las **escuelas teóricas** de pertenencia están cada una de ellas **impregnadas de una determinada visión del hombre, del mundo, de la vida**. Es comprensible que las teorías del funcionamiento mental estén afectadas por la comprensión e interpretación que se ofrece de la estructura y condición humana en general, de la relación entre impulsos, afectos, inteligencia, libertad, dependencia relacional.

Una influencia moral también proviene de **las modalidades concretas del trabajo terapéutico**. Ciertas formas de psicoterapia buscan por ejemplo una remisión sintomática y una reestructuración de la personalidad, adoptando una opción pedagógica similar a aquella de un buen padre. Otras formas de conversación psicológica han relativizado los objetivos terapéuticos y abandonado cualquier empeño de transformación personal. Existen métodos de trabajo que tienden a exaltar el sentido de responsabilidad del analizado (a fin de que busque con sus propias fuerzas la causa del trastorno) y otras que, en cambio, lo atenúan.

Finalmente, **la personalidad y la historia humana del terapeuta encarnan y transmiten valores**, que el analizado tiende con una cierta frecuencia a hacer propios. El ideal de un terapeuta que practique, en modo rígido y mecánico, cualidades como la abstinencia (la prohibición de satisfacer las necesidades y solicitudes del paciente), la neutralidad (la prohibición de orientar el proceso de tratamiento sobre el camino de preferencias o valores) y el anonimato (la reticencia en función de la propia vida y pensamientos) pareciera impracticable a los ojos de muchos, dado que no es posible que el terapeuta divida y esconda una parte de tal manera relevante de la propia personalidad, del propio estilo, de la propia intención curativa.

Los psicoterapeutas que subrayan los beneficios de su actividad en la lucha contra las patologías mentales, deberían pensar más a menudo en el hecho de que sus deberes, en tema de **consenso informado**, se asemejan a aquellos de los clínicos.