

Psicología y bioética. Un análisis práctico

Eduardo Casillas González/ Master en Bioética

La ética de la psiquiatría ha sido considerada por mucho tiempo la *Cenicienta* de la bioética, en razón del 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.

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 exteriorizar nuestro malestar. Lo que sucede es que percibimos la irrupción en nosotros de un mal, del cual desconocemos el origen y del que 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, aunque vuelven a ocupar un lugar central en las fases comunicativas más ricas desde el punto de vista humano, 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 somático, 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. La psiquiatría está 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 éticamente de igual manera. Una convicción que suena simplista si es expresada por un médico y que, por el modo sintético en que es formulada, muestra que 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 aquella que tiene que ver con la *neutralidad* del terapeuta. De éste 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 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. El paciente de igual manera está expuesto a influencias morales de diferentes contextos.

Veamos algunos ejemplos de relación entre ética y psicoterapia.

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.

Las escuelas teóricas de pertenencia están cada una de ellas impregnada 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 a los ojos de muchos, impracticable, 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. Los contenidos del consenso informado, sobre las cuales el enfermo basará su libre consenso a la psicoterapia, tienen que ver en línea general con:

- El diagnóstico de enfermedad o del problema focal o del grupo de síntomas que disturban al paciente;
- El pronóstico de la condición patológica, es decir la evolución prevista si tan condición es sometida o no a tratamiento;
- Los objetivos, ventajas (y el tiempo que presumiblemente será necesario), riesgos, efectos colaterales, complicaciones de las técnicas empleadas, a la luz de los datos científicos actualizados y en referencia a la específica condición del paciente en particular;
- Las terapias alternativas a la propuesta, en mérito a las cuales el sujeto podría querer recoger informaciones ulteriores;
- Las terapias, como la farmacológica, que podrían integrar la psicoterapia;
- Eventuales limitaciones del deber de reserva y eventuales responsabilidades hacia terceros, que podrían imponerse al terapeuta, en caso que se verificasen ciertas condiciones;
- Noticias sobre la calificación profesional, la filiación científica y las específicas competencias del terapeuta;
- Las características estructurales del tratamiento, metodologías, frecuencia de las consultas, duración del tratamiento, costos;
- Especiales situaciones que el terapeuta prevé puedan tener una influencia sobre el desarrollo del tratamiento y que por tanto el paciente presumiblemente querría conocer antes: enfermedades del terapeuta, presencia de un supervisor, etc.