

Bioética y Psicoterapias. Reflexiones acerca de su aproximación

Dr. Pedro Ibrahím González Villarrubia¹.

Resumen.

La Ética es un discurso sobre la realidad y, por tanto, no es una meta acabada; en el caso del mundo occidental, ha estado influenciada por la ética grecolatina. Para los que nos ocupamos de la sanidad y la medicina, a la usanza de los griegos, siempre ha sido transmitida muy claramente: una cosa era la doxa (la opinión) y la otra el episteme (la verdad, el significado). Como el acto médico lleva consigo la tecnología, ahora nos apropiamos de un novedoso discurso: la Bioética, que reconsidera algo muy interesante: ¿todo lo tecnológico es aceptable? ¿Todo lo tecnológico responde a la dignidad?

La Bioética aproximada a las psicoterapias o procedimientos psicoterapéuticos, es escasa: prácticamente se remonta solamente a la Logoterapia de Victor Frankl. Este trabajo pretende transmitir las dudas y reflexiones del autor sobre los dilemas encontrados por en su actividad profesional.

Palabras clave: Bioética; psicoterapia;

Introducción.

Historiografía mínima de los procedimientos psicoterapéuticos en Cuba.

Los procedimientos psicoterapéuticos pueden haber estado realizándose en Cuba -y, de hecho, básicamente se han realizado- desde hace mucho tiempo; pero en un carácter más público y, por tanto, más oficial, las referencias existentes datan de la época de Bustamante J.A. y otros que realizaban de forma sistemática algunos tipos de incursiones derivadas del psicoanálisis.

Tras el proceso político-social iniciado en 1959 y la consiguiente creación de la atención sanitaria estatizada, se emprendieron los caminos de la influencia de la psicología soviética: Vigotsky y otros, que influyeron positivamente en la formación de psicólogos, de la Psicología Médica como asignatura y disciplina de la carrera de Medicina, y de la formación de Residentes de Psiquiatría. Poco o ningún espacio se dejó a la práctica y al conocimiento del Psicoanálisis hasta que, a finales de los años '80, se retomaron algunas ideas formuladas como freudomarxismo.

Desde la década de los '70 había recommenzado un interés por parte de los médicos por acercarse a los procedimientos psicoterapéuticos y, aunque se mencionaban algunos espacios que pudieran ser considerados “escuelas de

psicoterapias”, lo más importante fue la preocupación por retomar los enfoques éticos que se acercaban a lo más digno de la Relación Médico-Paciente: la preocupación por la práctica del virtuosismo profesional del acto médico. La Ética Médica resultó nominada asignatura curricular imprescindible de las carreras de Ciencias Médicas. Conjuntamente, un pequeño grupo de ilustrados y consagrados profesionales, considerados fundacionales -con todo honor- comenzaron y perpetuaron una serie de procedimientos psicoterapéuticos que llenaron de orgullo profesional varias instituciones de Cuba, sobre todo el Hospital Psiquiátrico de La Habana.

Estaban un poco de moda las técnicas psicopedagógicas, que tenían un razonable acercamiento a la Pedagogía, y ciertas adecuaciones contextuales a los procedimientos hipnóticos y las técnicas psicoterapéuticas que usaban la palabra como técnica para hacer el bien: sugestión, persuasión, apoyo, etc.

Posteriormente, en los años 80, surgieron otras escuelas que empleaban enfoques sistémicos, sobre todo en terapias de grupos, que se encuadraban en los procesos de universalización de las terapias de grupo de Pratts y elementos sistémicos de las llamadas *uvstanoskas* o *predisposiciones* para tratar las neurosis, o trastornos neuróticos, como se les llama actualmente. Muchos fueron los seguidores de estas técnicas grupales, que nacían a la par de otros profesionales dedicados a psicoterapias de familias, de parejas, etc.

En los años 90, en medio de situaciones sociopolíticas especiales en el país, aparecieron nuevos problemas de salud mental; y los procedimientos psicoterapéuticos -desde las técnicas de abreacción y catarsis propias de cualquier relación médico-paciente mínimamente rigurosas hasta los procedimientos psicoterapéuticos- me encontraron frente a los textos del Prof. Dr. Calviño, quien se planteaba una serie de dilemas que pudieran, en apretado esfuerzo, resumirse en: *¿las psicoterapias son para quiénes y por cuánto tiempo?* No era una novedad nacional: ya desde el declinar de los 50, en EEUU y Europa, había surgido la preocupación por el excesivo intervencionismo y directismo de los psicoterapeutas (Berne, Rogers, Carkuff). Los problemas de salud mental en Cuba, país tercermundista con sus características culturales, se enfrentaba y se enfrenta ahora a nuevas influencias en la manera de vivir y pensar primermundistas, en un contexto institucional sanitario donde la gratuidad-no considerada mala en lo absoluto-hace que la pregunta calviñista no espere más y obliga a

cuestionarnos en lo ético que acompaña las prácticas, centro del quehacer psicoterapéutico, que presupone que busca el bienestar, las interrogantes: ¿qué es lo saludable en las circunstancias postmodernas? ¿Cómo podemos promover lo bueno? La ocupación de la ética, hasta momentos muy recientes, se había quedado en el cuestionamiento del secreto profesional, la confidencialidad, y otros. Quiere esto decir, que la ética se había ocupado de ciertos valores organizativos, básicos, pero, ahora, sin ocuparnos del dilema de la insatisfacción positivista de la medición de los resultados de los procedimientos psicoterapéuticos -discutibles aún hoy en día-, nos urge algo más importante: ¿qué instrumentos, cuáles técnicas, producen bienestar?

Desarrollo.

En el acto psicoterapéutico se identifican tres aspectos éticos: la profesión (la identidad propiamente), la confidencia y la privacidad: o sea, se ha movido entre la ética que media (el instrumento) y la ética que media entre el profesional y el paciente. Sin embargo, el basamento, la concepción de la verdad, la teoría, (episteme) y la propia técnica, no siempre acontecen entre ellos: las psicoterapias son, por tanto, ideología y tecnología para el cambio. Pongamos un ejemplo hipotético: un niño acude al psiquiatra infantil porque su problema de salud emocional es la succión del pulgar. Tras un encuadre y una depurada técnica de uso de la imaginación y otros procedimientos psicoterapéuticos “revive la experiencia en un imaginario escenario escolar donde todos se ríen a carcajadas”. Un éxito conductual hace sentir a padres, maestros y psicoterapeutas en lo alto de la tecnología, pero el niño queda con una neurosis de ansiedad que arrastró hasta su adultez: ¿ha sido buena la técnica? ¿O se trata de una “esperable reacción adversa” al procedimiento?

Tan sorprendente es este caso hipotético como las cronificaciones de los pacientes neuróticos, por ir tras nosotros los psicoterapeutas en todas las contingencias ambientales de la vida, que están y estarán presentes en toda época y civilización: ¿estamos contribuyendo a un mercadeo inconsciente de dependencias entre pacientes y psicoterapeutas?

Cito a Gustavo Figueroa, quien me ha aclarado mucho con sus planteamientos: para él los procedimientos psicoterapéuticos son:

1. Instrumental-estratégica, ejemplo sería la mirada al instrumento como mediador, como planteaba Vigotsky.
2. Simbólico-comunicativa: pretende cambiar el sentido de la subjetividad, la realidad. Las psicoterapias intentan cambiar la subjetividad y la realidad del sujeto que sufre: pero ¡cuidado con el lavado de cerebro!
3. Tecnología del yo: frente a la responsabilidad del cambio. Para que en el paciente ocurra un cambio, la tecnología no es siempre inocua: pueden conducir a la salud o al morbo y, en su praxis, es dilemática. Estos dilemas podemos intentar abarcarlos en pocos apartados:



Sigmund Freud.

a) La temporalidad: ¿existen psicoterapeutas disponibles para todas las personas sufrientes, todo el tiempo? Debemos cuestionarnos por qué han surgido fuera del ethos médico los movimientos de *facilitadores*, que no necesariamente dejan o han dejado caminos de sanidad mental, sino de manipulación psicológica.

b) Los poderes que se segregan en la relación con el paciente. Ya Freud advertía sobre el peligro del “*Complejo de madre superiora*”: los psicoterapeutas deben atender a la natural tendencia de -sin darse cuenta- convertirse en madres superiores de los que buscan ayuda. Es una postura cómoda y de poder. Si un terapeuta se extraña de la ausencia de un cliente a su despacho, debería sentirse feliz por la idea de que este enfermo encontró autónomamente, tras la ayuda psicoterapéutica, su propio camino, su estilo de vida; o encontró a otro terapeuta más cómodo que le acompaña mejor. ¿O no?

c) El dilema sobre cuál técnica se utiliza (episteme). No creo que exista una epistemología acerca de cuál o cuáles técnicas son específicamente las necesarias en cada caso tras un previo encuadre.

d) El dilema sobre qué tipo de ser humano se va a construir.

Como decía, hasta mediados del siglo XX los procedimientos psicoterapéuticos eran muy directivos, ahora se pudiera ir hacia una no directividad que dice que se trata de ayudar y no suplantar pero, ¡cuidado!: hasta con el silencio, el sufriente puede transitar hacia el morbo. Por lo tanto, frente a cualquier acto psicoterapéutico, cada terapeuta debe preguntarse: ¿Qué concepción de sujeto está detrás de la técnica? No podemos olvidar que el sujeto de los procedimientos psicoterapéuticos del Psicoa-



nálisis se construía desde la concepción del hombre según la visión de la escuela del psicoanálisis, que surgió en un determinado contexto cultural, en EEUU, donde *saber es poder* (poder que se le ha otorgado al terapeuta, o que lo ha asumido). Asimismo, el sujeto de la escuela conductista estaba influenciado por el contexto utilitarista del conductualismo, surgido en un momento histórico-cultural específico de EEUU y de Rusia.

Cada procedimiento psicoterapéutico se funda en una idea diferente de hombre: racional -para los procedimientos de terapias racionalistas-, lingüístico, emocional; pero siempre en un espacio de intersubjetividad donde se construyen las personas, porque la experiencia compromete y confirma las ideas del otro, del sufriente. Urge que método y contexto se aproximen. Hoy día han surgido nuevos problemas de salud: auge del suicidio, dependencias a drogas, etc., pero: ¿son estos problemas solamente conductuales? ¿Existe una preocupación por la salud mental que asume la espiritualidad? Recordemos, una vez más, como colofón, que el instrumento básico, primario de la tecnología psicoterapéutica es la propia subjetividad: el discurso “que no procede de la nada” sino de la historia biográfica de cada uno: psicoterapeuta y sufriente, (de ambos) y la sociedad. Por otro lado, los valores son contruidos desde las propias experiencias personales dentro del contexto cultural de la sociedad.

Más que aportar respuestas, el presente trabajo pretende hacer una serie de preguntas que requieren de cada terapeuta una respuesta razonada:

1- A pesar de que lo pudiéramos llamar Psicoterapias Modernas, datan del Psicoanálisis aproximadamente des-

de hace un siglo, la aproximación de las psicoterapias a lo que está bien (*Primum non nocere*) de lo que está mal (Iatrogenia) ha tenido poca repercusión en la literatura científico-medica. La medicina, desde la antigüedad, apenas se ha acercado tímidamente a señalar la Iatrogenia en Psicoterapia, por lo que muchos refieren que la Bioética Especial (la encargada de revisar los procedimientos técnicos específicamente) está por definirse.

2- Se podría decir que las psicoterapias tienen su ancestro en los mismos orígenes de la humanidad. La terapia por la palabra, la sugestión, la persuasión, la hipnosis, la música terapia, la catarsis en medio de un interlocutor, la introspección a través de la meditación, fueron las primicias de lo que posteriormente serían las psicoterapias modernas. Al poco tiempo de creada la Terapia Psicoanalítica, se percibió que era demasiado lenta, requería demasiado tiempo y era demasiado cara. Excluía automáticamente a una parte importante de la población que necesitaba ayuda. Pero, ¿realmente presupone el Psicoanálisis un alto nivel de sofisticación por parte del paciente? ¿Es candidatura solo para aquellas personas de alto vuelo intelectual o introspectivo? ¿O la habilidad y la predisposición para la introspección son un pretexto sociocultural, donde los psicoterapeutas son cómplices de que la gente busque más la focalización de la infelicidad en los factores ambientales que reconsiderar la participación importante de elementos intrapsíquicos? ¿Busca la gente hoy día respuestas fáciles, rápidas y no dolorosas para los múltiples problemas de la vida? Fuera de una posición masoquista, dolorígena, ¿está pasado de moda el: “Conócete a ti mismo” de Sócrates? ¿Serán las expectativas de soluciones mágicas, animadas constantemente por fuentes diversas, las que están de moda? ¿No está en discusión si la beneficencia es la matriz de la virtud bioética o, cuestionado de otra manera, qué es, legítimamente, ayudar?

3- ¿Las modalidades de intervención psicoterapéutica que implican duraciones muy largas, se adecuan poco a la realidad de los tiempos, tanto por razones de tiempo como por razones de disponibilidad de los sujetos?

4- Me preguntaba qué es lo que el sujeto necesita y en qué medida y con qué límites el terapeuta puede proveer a esas necesidades, concretamente a necesidades propias del sujeto: ¿necesidades de ajuste, de integración, de maduración, necesidades evolutivas no adecuadamente satisfechas, necesidades de adquisición de estrategias? y ¿cual “filtro” había que aplicar respecto de la actitud proveedora de los terapeutas hacia las necesidades de los pacientes, respetando las garantías éticas que protegen al sujeto frente a la manipulación del terapeuta o al excesivo intervencionismo?

5- ¿Lograrían las técnicas más activas, más participativas, que el sujeto que está siendo objeto de la intervención sea un agente esencial en su propio cambio?

6- ¿En qué consistirían las llamadas psicoterapias de apoyo? Las estrategias que clásicamente se llamaron *de*

apoyo han ido evolucionando, de una manera más sofisticada, en torno a las ideas de contención, de manera que el sujeto adquiriera un sentido de protagonismo de las experiencias vividas, como parte de su propia identidad. ¿O no?

7- ¿Por qué la aproximación de la Bioética respecto a las Psicoterapias está poco comunicado en la literatura científica actual, teniendo en cuenta que el psicoanálisis - y sus seguidores- cumplirá casi cien años de fundado?

8- ¿Cómo influye la cultura, hoy, en el referente bioético? ¿Está clara actualmente la visión de las psicoterapias tanto vehículo de autorrealización como tecnología, mediatizada por su valor de realidad, o por ser contestaciones culturales llenas de significados aceptables a los problemas emocionales y psicopatológicos de la vida?

9- ¿Tiene claro el psicoterapeuta de hoy si el paciente que tiene delante está buscando un oyente comprensivo, un ingeniero conductual, un experto para solucionar todos los problemas y vicisitudes de la vida? ¿Será que los papeles mencionados son los que la gente quiere?

10- ¿Acaso no sigue siendo responsabilidad de los Psicoterapeutas aclarar continuamente su “modus operandi”? ¿No es parte de la evolución de las ciencias rigurosas?

11- ¿Qué perspectivas nacionales están relacionadas con el tema?

12- ¿Tenemos un público consumista de psicoterapeutas? ¿Es esta la perspectiva que el público merece?

13- Con estas apreciaciones, vamos camino a reconsiderar, cuáles derroteros tienen nuestros pacientes, según la motivación que tienen para cambiar sus actitudes, que invitan a reflexionar sobre ¿Qué buscan nuestros pacientes? ¿Buscan más o menos conscientemente beneficencia o autonomía? Rado y Berne, lo preguntaban: *¿Cómo sabré yo, y como sabrás tú a lo que has venido aquí?* Ambos se decían que, si no tenían claras las respuestas, no se consideraban en encuadre psicoterapéutico, no se consideraban que estaban haciendo Psicoterapia.

Conclusiones.

Resumiendo lo anteriormente expuesto, los procedimientos psicoterapéuticos necesitan de:

1. Formación humanística, antropológica, de sus protagonistas, que tenga claro el ser humano que queremos con nosotros, para nosotros, aquí en Cuba, donde esto es debatible.

2. Supervisión, vista no como un fenómeno burocrático ni de un enfoque de exclusión sino del imprescindible acompañamiento del que realiza tecnológicamente el proceder psicoterapéutico, para que confronte sus cuitas con otros colegas.

Bibliografía.

1. Freedman, Kaplan, Sadock. Tratado de Psiquiatría, Ed. Científico Técnica. La Habana, ed. en español, 1988, 953-54.
2. Rado S. Motivación y Psicoanálisis. New York Books, University Press, 1953 En Freedman, Kaplan, Sadock. Tratado de Psiquiatría, Ed. Científico Técnica. La Habana, ed. en español, 658- 67
3. Calvino M. Premuras y corduras en psicoterapias en Colectivo de autores. Principales sistemas psicoterapéuticos. Ed. Félix Varela. La Habana, 2004, 75- 106.
4. Rogers C. El proceso de convertirse en persona. Ed. Paidos. Barcelona, 1994. 35-53
5. Rogers C., El proceso de convertirse en persona. Ed. Paidos. Barcelona, 1994, 54-65.
6. Freud S. Das Interesse an der Psychoanalyse. GW VIII; 1913; 389-420.
7. Skinner B.F. The behavior of organisms. Appleton Century Crafts, New York, 1938.
8. Beck S. J. Rorschach's test. Vol 1, Grune Starton. New York, 1952 en Carr A. C. Tratado de Psiquiatría de Freedman A. M., Kaplan H. I., Sadock B. J. Tratado de Psiquiatría. Ed. Científico Técnica. Ciudad de La Habana, 322-338.
9. Figueroa G. Bioética y psicoterapia ¿cuáles supuestos morales actúan cuando ejecutamos un acto psicoterapéutico? Rev Méd Chile 2004; 132: 143-52.
10. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5th ed. New York: Oxford University Press, 2001.
11. Gracia D. Bioética clínica. Bogotá: El Búho, 1998.
12. Dancy J. An ethic of prima facie duties. En: Singer P, editor. A companion to ethics. Oxford: Blackwell 1991; 219-29.
13. Kant I. Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. En: Kant-Studienausgabe Band VI. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1968; 1-102.
14. Freud S. Das Unbehagen in der Kultur. GW XIV; 1930; 419-506.
15. Ricoeur P. Psychiatry and moral values. En: Arieti S, editor. American Handbook of Psychiatry. Vol. 1. New York: Basic Books, 1974; 976-90.
16. Foucault M. Les anormaux. Cours au Collège de France. 1974-1975. Paris: Seuil/ Gallimard, 1999.
17. Rothman DJ. Strangers at the bedside: A history of how law and bioethics transformed medical decision making. New York: Basic Books, 1991.
18. Cortina A. Ética del discurso y bioética. En: Blanco D, Pérez JA, Sáez L, editores. Discurso y realidad. En debate con K.-O. Apel. Madrid: Trotta, 1994; 75-89.
19. Forrester J. Dispatches from the Freud wars. Psychoanalysis and its passions. Cambridge: Harvard University Press, 1997.
20. Ellenberger H. The story of “Anna O.”: a critical review with new data. J Hist Behav Sciences 1972; 8:267-79.

¹ Especialista de 1er. Grado en Psiquiatría. Hospital General “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso” de Santiago de Cuba.

Profesor Asistente Facultad 2 Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. villarrubia@medired.scu.sld.cu