

## **Ética: ¿deslices o deslizamientos?**

Por

Eliseo Miguel González Regadas<sup>1</sup>

Castalia, FUPSI, Montevideo, Uruguay

### **Resumen:**

En su ponencia el autor describe las características que presentan el mundo globalizado y la actual cultura posmoderna. Realiza ciertas “anotaciones mínimas” acerca del impacto que la globalización y la posmodernidad tienen sobre la ética en general y la deontología profesional del psicoterapeuta en particular.

Se ubica a los panelistas y auditorio acerca del tipo de experiencia que tiene el presentador: trabajo psicoterapéutico con pacientes “difíciles”, “graves” o “complejos” que están, en muchos casos, concurriendo a instituciones y que son asistidos por equipos psicoterapéuticos integrados por diferentes tipos de profesionales de la salud. Destaca lo que, a su entender configuran las tareas primarias que debe abordar el psicoterapeuta en éstos casos: instaurar lo que llama una “legalidad estructuradora” y suministrar el “sostén y la continencia” afectivas necesarias para hacer viable el proceso psicoterapéutico.

Se vale de tres viñetas clínicas que describen tres situaciones diferentes que muestran la zona gris que hay, en éstos casos, entre lo que podrían ser considerado una falta ética (desliz) de poca entidad o un deslizamiento hacia una zona más oscura que puede tener determinadas implicancias para la totalidad del proceso.

Por último, y para dar un espacio a la reflexión y consideración de estas situaciones, se plantea qué principios pueden oficiar como mojones o guías para entender, desde la Ética, las intervenciones que se realizan.

### **La ética en un mundo globalizado y posmoderno**

Es un arduo problema, en un mundo globalizado y en una cultura posmoderna, encarar el tema de la Ética en general, y de la Ética en la práctica psicoterapéutica en particular. ¿Por qué? Porque globalización y posmodernidad han llevado, en este campo, a un *relativismo* en los valores: la línea divisoria entre lo que configura un *desliz* ético, o lo que puede ser un *deslizamiento* por una zona gris, hoy por hoy, se desdibujan mucho más que antes. Es importante, por otra parte, tener claro que *relativismo ético* no es lo mismo que considerar la Ética desde una perspectiva histórico-cultural. El siglo XX, al que podríamos llamar *el siglo de la muerte y la destrucción* nos confronta con hechos éticos insoslayables: por ejemplo el holocausto, relacionada con el famoso sarcasmo

---

<sup>1</sup> Presidente de las Comisiones de Ética de las Federaciones Latinoamericana y Uruguaya de Psicoterapia.

alemán: *lo que no debería ser, no es (Denn nich sein kann, was nicht sein darf)*. Esto tiene tal impacto en las formaciones axiológicas de ciertos psiquismos que sirven para justificar la negación de los horrores de éste hecho histórico, como de otros muchos, en diferentes partes del mundo y que acontecieron durante el pasado siglo.

Comenzaré por efectuar algunos apuntes mínimos sobre las características más salientes de éste momento por el cual estamos transitando, para ir directamente a nuestro tema y ver cómo esto afecta nuestra práctica psicoterapéutica cotidiana; en particular nuestro trabajo con nuestros pacientes más graves que son los más desvalidos.

La llamada *globalización* es productora de una *cultura hegemónica* que, por ser tal, domina por sobre las culturas locales; fundamentalmente en los ámbitos intelectuales y en las diversa élites de poder. Esta *modernidad líquida*, al decir de Bauman<sup>2</sup>, o *posmodernidad* se caracteriza, fundamentalmente, por poner de relieve que la incertidumbre e inseguridad, constituyen nuestra única certeza. Como es de imaginarse, esto dispara vulnerabilidades que, desde lo social, que se agregan a las nuestras individualmente considerados. Ante una cultura hegemónica, todo lo que aparece como diferente, distinto, pasa a ser motivo de exclusión y/o marginación. Algunos de nuestros pacientes, especialmente los más graves, repito, son los que sufren directamente estos procesos de segregación excluyente que los transforman en *ófguectvcdngsö" rctc" nc"* sociedad. El ocaso del *Estado Protector* de las épocas modernas y estables, dio paso al *Estado Filicida* de la modernidad líquida: abandonando a quienes más lo necesitan por estar en situación de extrema indefensión. Es, desde este lugar de desvalimiento y desamparo extremo que, entre otros, es interrogado el psicoterapeuta que trabaja con pacientes graves y sus familiares.

¿Cómo instaurar una *legalidad que sea trófica*, al servicio de la vida, y *estructuradora del psiquismo devastado* del paciente, cuando se hace un uso social perverso de la ley que lleva, inevitablemente, a su deslegitimación? La falta de referentes identificatorios *öu»nkfqüö."* {"uw"uwuvkyvek»p" rqt"qvtqu"vg o rqtctkqu."vtcpukvqtkqu."pq" jcegp" o "a"u" swg" o gnmct" el ya difícil proceso de construcción de una identidad y subjetividad propias. Este es un tiempo de éticas acomodaticias, exitistas, swg"uwuvkvw {gp" csw<sup>2</sup>nnc"öi tcp"moralö" jgn<sup>2</sup>pkec" dominante en épocas históricas de modernidad sólida ópor ejemplo, durante el llamado Iluminismo-; y que van mucho más allá del momento histórico en que se gestara la Ética a Nicómaco o la Moral a Eudemo<sup>3</sup>.

En esta coyuntura en la que estamos inmersos, ¿qué jerarquizar, entonces? ¿Cómo puede iluminarnos la clínica y los desafíos del mundo actual, para posicionarnos éticamente en nuestro ejercicio profesional como psicoterapeutas?

<sup>2</sup> Bauman, Z.: *La sociedad sitiada*, Buenos Aires, FCE, 2004.

<sup>3</sup> Aristóteles: *Obras selectas*, Buenos Aires, El Ateneo, 2da. Edición, 1959, pp. 237-558 y 665-800.

Para ubicarlos a ustedes y poder reflexionar juntos acerca de todo esto, debo decirles que una parte importante de mi trabajo se desarrolló en instituciones, con grupos de pacientes muy severamente perturbados, que habían hecho una ruptura con la realidad cotidiana compartible socialmente, debido a alteraciones catalogadas como psicóticas; o al consumo compulsivo de sustancias psicoactivas; o a cuadros de co-morbilidad donde coexisten una psicopatología psicótica junto al consumo de sustancias. En estas instituciones el trabajo es (*debe ser*) siempre en equipo multi-profesional, e incluye a los familiares y vínculos significativos afectivamente de su vida cotidiana. Las instituciones pueden ser lugares de tratamiento residencial temporario, o centros de asistencia diurna; o bien un trabajo en equipo itinerante, hecho a la medida de las necesidades del pacientes, sus familiares y/o referentes sociales.

### **Las tareas éticas que nos impone la clínica**

La **clínica**, en estos casos, siempre nos enfrenta con situaciones en que la psicopatología gira siempre en torno a "caos y fragmentación". Estas situaciones, que aluden a una **devastación** en la esfera psíquica. Los actos en corto circuito dominantes en éstas personas, alteran en lo conductual, familiar y social, su inserción en este mundo globalizado y posmoderno en que vivimos. Tanto en las conductas visibles socialmente como en el aparato psíquico de estas personas predomina el caos, lo impredecible, la incertidumbre respecto a lo que a cada instante puede acontecer. Frente a este caos y desorden, se nos impone una tarea terapéutica primaria: **unir** lo fragmentado, reordenar lo caótico y caotizante, **contener** los desbordes y tornar compartible lo que parecía el reinado del sinsentido y la paradoja. Estas dos tareas psicoterapéuticas ó que pueden descomponerse en múltiples intervenciones- tienen que ver con dos factores de primer orden: el establecimiento de una **legalidad trófica estructuradora**, por una parte y el **sostén y la continencia en situaciones de crisis y turbulencia**, por otro.

Si reflexionamos un poco, estos objetivos psicoterapéuticos, en un nivel práctico, están ligados a un principio ético: *lo que reune los diferentes aspectos de la vida de un ser humano y lo que lo sostiene cuando entra en crisis, lo ayudan a ser personas más felices, creativas e integradas psíquica y socialmente*. Podríamos decir que, sin proponérselo, muchas veces, de un modo implícito, estos valores guían nuestras intervenciones cada vez que trabajamos con estas situaciones complejas donde, muchas veces, se pierde la individualidad. Estos valores para intervenir terapéuticamente, yo diría que han perdurado hasta nuestros días, más allá de los cambios en los marcos nosológicos usados y de sus presentaciones en diferentes épocas históricas y lugares. Frente a una situación desorganizada y caótica y falta de sostenes afectivos para contenerla, las intervenciones han apuntado, siempre, a buscar una re-estructura, una reunificación, una

comprensión del conjunto de la situación, a establecer redes de sostenimiento familiar, social, laboral y/o educativo, que permitan modificar estas circunstancias. La preservación de la vida psíquica como condición para el ejercicio de la libertad humana debe guiar, en el más amplio sentido, todas nuestras intervenciones. Y si algo se nos desdibuja nos queda, como dice Hannah Arendt<sup>4</sup>, el *recurrir a nuestro propio juicio* para distinguir lo correcto de lo incorrecto, aún óy sobre todo- cuando lo bueno y adecuado vayan en contradicción con la ¿moral? dominante. *Especialmente cuando las situaciones que debemos afrontar no tienen precedente, o no hay reglas o costumbres a las cuales apelar como guías.*

### **Viñetas: ¿deslices o deslizamientos?**

1.- Veamos una **primera viñeta clínica**<sup>5</sup> en tal sentido:

En un centro de puertas abiertas para pacientes gravemente perturbados en fase de reinserción psicosocial y familiar acontece lo siguiente. Celiar, integrante de un grupo, durante una de las actividades, empieza a evidenciar un estado de desasosiego y ansiedad crecientes. Estaban participando de una Asamblea Comunitaria. Celiar se para, se sienta, interfiere la participación de los otros, balbucea algún comentario ininteligible. De pronto su rostro adquiere una hosquedad llamativa y, abruptamente, sale disparado hacia la puerta gritando: òOe voy, me voy, no aguanto másö. Con la misma celeridad que el paciente, el terapeuta que coordinaba la actividad, corre hacia la puerta, la cierra con llave y, parado frente a ella y a Celiar, le dice: õVg"ugpv<sup>a</sup>u" {"vg" quedás aquí para decirnos por qué no aguantás más. Cuando todos podamos entender todos, aquí, lo que te pasa, si swgt<sup>2</sup>u"ktvg."cdtq"nc" rwtvcö) El terapeuta experimenta corporalmente la sensación de que va a ser golpeado. Sorprendentemente para él, esto pq"uwefg" {"eqp"wpc"vtcpswknkfcf"rcu o que"Egnket"ng"fkcg<"öäRwgfq"jcdctng"rqt"vgn<sup>2</sup>hqpq" c"ok"jgt o cpcAö"Gn"vgtrgwvc"accede a ello y, luego de la conversación de Celiar con la hermana se esclarece su reacción: estaba enojado con ella por que se había separad del esposo y vuelto a la casa de origen, donde vivían Celiar y sus padres. La hermana lo desplaza de su habitación, a pedido de sus padres, y él pasa a un reducido cuarto para huéspedes. Se siente desplazado, sin lugar propio en la familia, furioso, pero no pudiendo verbalizar su enojo por ésta situación.

Por su parte, el resto del grupo, que no parecía para nada enojado, lo estaba óy muy profundamente- rqtswg"gpvtctqp"pwgxqu"kpvgi tcvgu"\*õ{"cu"ecfc"wpq"fg"pquqvqtqu"vkpgg" o gpqu"vkg o rq" rctc"vtcvct"uwu"rtqdng o cuö). El acto de Celiar, su conversación con la

<sup>4</sup> *Eichmann en Jerusalén*, Barcelona, Lumen, 1999.

<sup>5</sup> *Drogas, ética y trasgresión*, Montevideo, Psicolibros/FUCOT, 2001, pp. 101-102.

hermana y el relato de lo que pasaba en su casa que lo hacía sentirse desplazado y furibundo por ése hecho, dio pie para que el resto del grupo, resonando afectivamente con Celiar, pudiera encarar, durante la Asamblea, la bronca que todos tenían reprimida rqt"xlxktug."õfgurnc|cfqu."gzrwnucfqu"klwuv o gpyg"rqt"nc"kpukvwek»pö"swg"pq"ngu"fcde" un lugar propio.

¿Dónde aparece lo trasgresor? Del lado del paciente en el rechazo a la norma explícita gp"nc"kpukvwek»p"fg"swg"õug"rwgfg"{"jc{"swg"jcdnct"cegtec"fg"vqfq"nq"swg"pqu"rcuc"fwtcpvg"ncu"cevkxkfcfguö" Egnkct."pq"gu"ecrc|"fe verbalizar su enojo, se limita a actuarlo gp" hqt o c"kpvg o rguvkxc" {"xkqngpvc" Fgn"ncfq"fgn"vgtergwvc"gp"swg"ug"vtcvcdc"fg"õwpc"kpukvwek»p"fg"rwgtvcu"cdkgtvcu"rctc"gpvtct"{"ucnktö" {"2n"ng"rwuq"mxcg" c"nc"rwgtvc" impidiendo la salida del paciente. Tanto Celiar como el terapeuta actuaron. ¿Desliz o deslizamiento?

2.- Veamos una **segunda viñeta clínica** que nos plantea la problemática del suicidio<sup>6</sup>.

Un día, en ocasión de una reunión multifamiliar, Mario refiere que se sintió con un gran vacío. (Su familia vive en el Interior del país y él está en Montevideo estudiando.) Pensó en matarse. La madre, que vino ocasionalmente de visita se enteró, pocas horas antes de esta reunión multifamiliar, de las ideas de suicidio de su hijo y consultó a su psiquiatra que le dijo: "Bueno, vamos a internarlo; pero vamos a esperar ésa reunión multifamiliar y después hablamos". ¿Qué sucedió allí?

Se habló mucho de Carlos -que se iba de alta- mientras su madre quería que siguiera concurriendo a las actividades de la CT. Sobre el final, la madre de Mario dice su angustia ante el riesgo de que su hijo se auto-elimine. Los terapeutas comentan que el tema *las despedidas* está circulando entre todos ellos. Para Carlos la despedida es de las actividades; para Mario, es de la vida. A pesar de lo diferente que son una y otra, en ambas, lo angustiante es el carácter de algo definitivo, sin darse ocasión para concebir que una separación no tiene porqué ser de una vez para siempre. Entonces, las familias hablan de sus temores por *no poder estar juntos en todo momento* y de cómo se sienten en ésa ocasión. La madre de Mario destaca que cada vez que ella parte de Montevideo algo "muere" dentro suyo al despedirse. Por último dicen varios: "Vamos a encarar, en lo concreto, qué podemos hacer para proteger a Mario de su impulso a matarse, y que Josefa, la madre, pueda regresar tranquila a su casa". Entre todas las familias presentes armaron un programa para acompañar a Mario y no dejarlo solo en ningún momento; así como para estar en contacto telefónico con su madre. El coordinador del Equipo Terapéutico propuso informarle diariamente al psiquiatra de Mario acerca de cómo iba evolucionando su situación a fin de que contara con elementos para evaluar si la red

<sup>6</sup> González Regadas, E.M.: *Comunidad terapéutica y trastornos duales*, Montevideo, Psicolibros, 2001, pp. 246-247.

comunitaria era un medio de contención suficiente o si tenía que internarlo. Muchos psiquiatras no dudarían en la internación, eventualmente en una internación compulsiva, teniendo en cuenta una serie de factores de riesgo presentes. La institución, nuevamente, era un centro diurno de rehabilitación psicosocial y familiar y no un lugar residencial cerrado. ¿Desliz o deslizamiento? De no haber resultado exitoso el procedimiento podía, incluso, haberse planteado un tema legal por eventual omisión de asistencia. La confianza en el dispositivo montado para contener una grave situación de riesgo planteó ó sobre todo al psiquiatra tratante- un dilema ético que resolvió apelando a su juicio y a su confianza de que la red multifamiliar podía sustituir exitosamente, y con ventajas, a la internación en una clínica psiquiátrica.

### 3.- Una tercera y última viñeta:

Aníbal<sup>7</sup> era un paciente joven, diagnosticado psiquiátricamente como alguien portador de un cuadro de esquizofrenia paranoide. Concurría a un centro de rehabilitación psicosocial localizado en Montevideo, Uruguay. Previamente había estado internado en un hospital psiquiátrico estatal por casi tres meses. Durante su etapa de reinserción familiar y social tuvo un espacio psicoterapéutico individual en la institución a fin de poder recn|ct"wp"örtqeguq"fg"ugrctcek»pö"swg"ug"nq"xc"eq o q" o w {" fkh"ekn" rqt" rctvg" fg" todo el equipo. Quien trabajó como psicoterapeuta con él era una persona joven, que estaba formándose en psicoterapia psicoanalítica.

Luego del egreso de Aníbal del Centro, y transcurridos unos meses, los padres del paciente lo llaman al psicoterapeuta de la institución a su consultorio privado, para solicitar una hora de psicoterapia para su hijo. Aníbal les había expresado que quería òvpgpt"rukeqqi"i"q" rqtswg" o g"jk|q"dkgp" {" o g"fq {" "ewgpvc" swg"nc"pgegukvqö0

El psicoterapeuta, después de darle una hora de consulta para determinar si iban o no a trabajar psicoterapéuticamente, habló con el psiquiatra que, por ése entonces, coordinaba el equipo de rehabilitación del centro psicosocial a ver qué pensaba. ¿Era o no ético atender en forma privada a un paciente que fue asistido, sin costo, en una institución asistencial pública? El psiquiatra le contestó que, a su modo de ver, no había ningún problema y que, más aun, pensaba que había ventajas para el paciente ya que se conocían previamente con el psicoterapeuta. Aníbal estuvo concurriendo con una frecuencia trisemanal durante un par de meses, con constantes llamadas de los padres y, finalmente, concluye re-internado compulsivamente, en el hospital psiquiátrico estatal luego de un episodio de descompensación.

Volvemos a la pregunta que aparece en el título de esta ponencia: ¿desliz o deslizamiento? ¿Es éticamente correcto asistir en forma privada a una persona a la que

---

<sup>7</sup> Ver González Regadas, E.M.: *Comunidad terapéutica y trastornos duales*, edición electrónica, Montevideo, 2009, pp. 287-300 (capítulo XXX).

atendimos gratuitamente en forma pública? ¿Hay allí una confluencia entre el interés público y el privado? La institución pública no tenía prevista, en su dispositivo, derivaciones a instituciones -o profesionales- en la esfera privada. Aníbal, durante ése par de meses, al igual que sus padres, se dedicaron todo el tiempo a mencionar al centro de rehabilitación, a lo ocurrido durante su tránsito por él, a los compañeros de su grupo, a los otros técnicos, etc. El psicoterapeuta se decía a sí mismo que este trabajo era una

**Para cerrar y abrir un espacio al intercambio entre los asistentes:**

Estos tres ejemplos tienen en común situaciones que pueden estar en las gamas de los grises con relación a consideraciones deontológicas. Nosotros, coincidiendo con Joyce McDougall consideramos como un principio fundamental preservar la vida psíquica de nuestros pacientes, ayudarlos a estructurarse frente al caos y la devastación y a contenerlos afectivamente en función de su desamparo y desvalimiento. Cuando carecimos de antecedentes a los cuales poder remitirnos apelamos a nuestro propio juicio y asumimos las consecuencias de nuestras decisiones; evaluamos, con el paso del tiempo, para podernos decir si éticamente habíamos actuado correcta o incorrectamente desde una ética ligada a la clínica y teniendo como valor cardinal la preservación de la vida psíquica como la característica humana más preciada.