



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Secretaría de Graduados en Ciencias de la Salud

Maestría en Bioética

LOS PROBLEMAS BIOÉTICOS QUE ATRAVIESAN EL

EJERCICIO PROFESIONAL DE LA PSICOLOGÍA

Trabajo de Tesis para optar al título de Magíster en Bioética

Autor: Lic. César Damián Crivello

Director: Dr. Prof. Alberto Raisz

Córdoba, República Argentina

Diciembre, 2016

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS NO SE HACE SOLIDARIA
CON LAS OPINIONES DE ESTA TESIS

RESUMEN

El presente trabajo analiza los problemas bioéticos que atraviesan el ejercicio profesional de la Psicología a partir de la lectura de los expedientes tramitados ante el Tribunal de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba. Entre los objetivos se propuso detectar las concordancias, omisiones, contradicciones y/o puntos de tensión que existan entre los principios de la bioética, las normas deontológicas y los procesos disciplinarios; y, más ampliamente, enriquecer el campo de conocimiento bioético con la incorporación de casuística proveniente de la Psicología. En términos generales, tanto en la normativa como en los procesos disciplinarios se encontraron menciones explícitas sobre un dispositivo derivado del principio de autonomía, como es la implementación del consentimiento informado, el que, aun con falencias, se aplica en la práctica habitual de los psicólogos. Otras veces, la normativa y los casos analizados incluyeron menciones sobre los principios de la bioética de forma indirecta, expresándose a través de reglas propias de la profesión, como es el caso del principio de no maleficencia. Sin embargo, para el caso del principio de justicia, se encontraron intervenciones profesionales que evidenciaron una contradicción parcial entre los presupuestos básicos de ecuanimidad y el postulado deontológico de respeto por la dignidad de las personas. El desarrollo del presente trabajo permitió reconocer la cristalización de problemas bioéticos en el ejercicio profesional de la psicología como también una nueva lectura de las controversias deontológicas denunciadas. También habilitó la reflexión sobre la escasa incorporación de los principios bioéticos en las normas profesionales y a su vez cierta disociación entre las prácticas y los principios éticos que la fundamentan. Se considera, consecuentemente, que el esfuerzo en fundamentar las normas de la psicología con basamento en los principios de la bioética facultará un redireccionamiento de futuras decisiones profesionales con mayor ajuste y cercanía a las necesidades e intereses de los pacientes.

Palabras claves: bioética, ejercicio profesional, deontología, psicología.

SUMMARY

This survey proposes to analyze some bioethical problems facing the professional practice of Psychology by studying the files processed by the Ethics Committee of the Psychologists' Association of the Province of Córdoba. The objectives were to identify the concordances, omissions, contradictions or points of tension that exist between the principles of bioethics, ethical standards and disciplinary processes; and, more broadly, to enrich the bioethical field of knowledge by incorporating casuistry of Psychology. In general terms, an explicit mention of one device derived from the principle of autonomy, such as the implementation of the informed consent, was found in both the legislation and the disciplinary processes, which even with flaws, it is used in the ordinary practice of psychologists. In other cases, the legislation and the analyzed files included an indirect mention of the principles of bioethics, expressing them through the regular rules of profession, as the non-maleficence principle. However, in case of the principle of justice, some professional interventions highlighted a partial contradiction between the basic assumptions of equanimity and the ethical postulate of respect for people's dignity. This study recognized the crystallization of bioethical issues in the professional practice of psychology, as well as a new standpoint of the reported deontological controversies. Moreover, it enabled the reflection upon the scarce development of bioethical principles in professional standards and, in addition, on certain dissociation between the practice of psychology and the underlying ethical principles. Therefore, it is considered that the effort to base the standards of psychology on the principles of bioethics will allow to redirect future decisions to a higher level of adjustment and proximity to the patients' needs and interests.

Keywords: bioethics, professional practice, ethics, psychology.

"El libre albedrío es una ilusión necesaria. Con relación a los hechos del pasado no tengo la seguridad de haber actuado según mi voluntad, de haber sido influido por miles de circunstancias desconocidas, entre las cuales están la cultura contemporánea, mi herencia, los libros que he leído, las palabras que he oído, mis instintos...Pero para obrar éticamente es necesario que seamos libres, de lo contrario estaremos habilitados para obrar de cualquier modo.

Entonces, probablemente el libre albedrío sea un error o una equivocación necesaria.

Conviene creer en él, aunque de hecho seamos títeres, para seguir viviendo"

Jorge Luis Borges

DEDICATORIAS

A mi familia, pareja y amigos.

AGRADECIMIENTOS

A la Facultad de Ciencias Médicas, al Dr. Prof. Alberto Raisz, a la dirección de la Maestría en Bioética y al Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba por la oportunidad brindada.

INDICE

Tema.....	10
Problema.....	10
Introducción:.....	11
Algunos interrogantes planteados.....	14
Marco Teórico:	17
Los problemas bioéticos en psicología:	17
El principlialismo en bioética:	18
Autonomía.....	19
Autenticidad.....	21
Independencia.....	22
Consentimiento informado: implementación y controversias en la práctica psicológica.....	25
La implementación del consentimiento informado en el abordaje con niños.....	30
Beneficencia.....	32
No maleficencia.....	33
Justicia.....	36
Hipótesis y Objetivos.....	41
Material y Metodología	42
Dos herramientas la especificación y ponderación de las reglas morales:	42
El material documental	44
Triangulación con el Código de Ética.....	45
Contextualización:	46
El ejercicio profesional de la Psicología:	46
El procedimiento ante el Tribunal de Ética.....	46
Primera aproximación al material documental.....	48

El análisis de los casos según las categorías de la bioética.....	49
Disyuntiva presentada en cuanto a la utilización de la información:.....	50
Análisis de datos:.....	52
Autonomía – Beneficencia (paternalismo):.....	52
No maleficencia:.....	73
Justicia:.....	81
Discusión:.....	90
Conclusiones:.....	91
En relación con los principios Autonomía y Beneficencia.....	91
En alusión al principio de No Maleficencia.....	93
En cuanto al principio de Justicia.....	95
Para concluir.....	95
Recomendaciones.....	98
Referencias.....	99
Anexos.....	103

TEMA

Los problemas bioéticos que atraviesan el ejercicio profesional de la Psicología.

PROBLEMA

¿Cuáles son los problemas bioéticos que atraviesan el ejercicio profesional de la Psicología?

INTRODUCCIÓN

El presente estudio tiene como finalidad analizar los problemas éticos de la Psicología tomando como soporte categorial los principios propuestos por la *Bioética*.

Existe acuerdo en definir a la *bioética* como aquella disciplina que estudia de manera sistemática los problemas éticos de las ciencias de la vida, incluyendo la vida en su aspecto psíquico (França Tarragó, 2012).

Así, aunque se encuentren escasas situaciones en que un psicólogo deba opinar o decidir sobre realidades de vida/muerte, son numerosas las instancias en donde su intervención como profesional de la salud mental incide en la calidad de vida y la salud de las personas/usuarios de estos servicios.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) la *salud mental* “abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos”.

Es a partir de esta definición donde se encuentra un fundamento a esta tarea en cuanto refiere al anclaje de la *bioética* en las disciplinas que promueven el bienestar y promoción de la salud mental; vale decir, teniendo una visión más amplia y interdisciplinaria de la primera, podremos hacer uso de los ejes propuestos para la discusión y análisis de la praxis profesional.

Así, en el acompañamiento del psicólogo en los procesos vitales y en la toma de decisiones de las personas es posible que aparezcan cuestionamientos éticos puntuales, que dependiendo de su gravedad y formalidad, puedan materializarse en un proceso ante el tribunal deontológico correspondiente.

Obviamente, desde allí, se pretenden analizar las conductas profesionales tomando como eje su concordancia (o no) con los principios promovidos por la *Bioética*. De esta manera se ampliarán los márgenes de análisis de las conductas profesionales de los psicólogos, incorporando una mirada *bioética* en la exploración de la casuística, presuponiendo que los principios que animan a esta disciplina (*beneficencia-no maleficencia, autonomía, y justicia*) atraviesan su ejercicio profesional generando tanto puntos de contacto o encuentro como vacíos con los marcos normativos de la Psicología.

En dicho análisis no se incluirán conclusiones que fijen “sentencias” a modo de “culpable” o “inocente” respecto al proceder del denunciado, sino más bien, independientemente de lo resuelto por el órgano deontológico, la intención será enriquecer el debate, haciendo dialogar a estas dos miradas, es decir, puntualizando los aportes que la *bioética* puede hacer respecto a la ética profesional de los Psicólogos, y a su vez, la conducta antiética de los Psicólogos como materia para la discusión en *bioética*.

Investigaciones como las de Hernán Rodríguez Villamil (2008) animan este interés al comprender los nexos transdisciplinarios existentes entre Bioética y Psicología. El autor destaca la pertinencia de la hermenéutica como método de análisis y búsqueda de lo que se considera verdadero para la Bioética y su relación con la Psicología. A través de un “conversatorio” entre estos dos campos interpreta los contenidos implícitos en las decisiones que se toman en la cotidianidad, en especial las que tienen que ver con las emociones, lo moral y los valores de la persona, teniendo en cuenta las consecuencias futuras de las acciones presentes de acuerdo a los comportamientos psicológicos de las personas y sus contextos sociales.

Más específicamente en el campo Psicológico, se encuentran antecedentes del trabajo realizado por Dias, Gauer, Rubin y Dias (2007) quienes consideran que en todo momento el ser humano pasa por situaciones en las que puede examinar las actitudes y elecciones morales y éticas siendo la *bioética*, en tanto “*ética de la vida*”, un campo que si bien aborda los avances tecnológicos en las ciencias biomédicas, no puede eludir los asuntos más rutinarios, comúnmente llamadas decisiones de la vida, donde los psicólogos son a menudo quienes trabajan en ello.

Otro antecedente se encuentra en los aportes de Furstenberg, Cécile (2015) quien se preocupó por los problemas que surgieron en las relaciones entre profesionales de la salud y pacientes luego del avance en la tecnologización de sus procedimientos. Destaca así el concepto de “*empatía*” en el cuidado, en tanto herramienta de suma relevancia, entendiendo, que en el mundo de la salud, la relación entre el profesional de salud y el paciente es particular. Señala que no se trata de una intersubjetividad cualquiera, ya que hay una relación de cuidado que implica un proyecto de salud o de vida para el paciente. A su vez hay una disimetría en la relación, pues por una parte está el paciente frágil, vulnerable, enfermo y por el otro el profesional de salud con su competencia y atención profesional. La autora, parte entonces de un concepto de persona como ser bio-psico-social, presentando un concepto de cuidado que involucra la atención a las 14 necesidades básicas que comprenden las necesidades biológicas, psicológicas y sociales fundamentales.

Un estudio de suma relevancia para el desarrollo del presente trabajo, es el presentado por María Inés Winkler Mülers y Antonio Letelier Soto (2014) quienes se abocaron a la revisión de normas jurídicas chilenas y códigos éticos internacionales asociados a la investigación científica con seres humanos. Se comprobó así que las regulaciones éticas y legales ligadas a la investigación han priorizado la relevancia que adquiere la investigación biomédica con seres humanos y las consecuencias que de esta se

desprenden, dejando en segundo plano las especificidades y dilemáticas éticas propias de las ciencias sociales.

En el caso específico de la psicología mostraron una restringida referencia, asociada, en la mayoría de los casos, a conceptos ligados a la minusvalía, discapacidad, daño o enfermedad psicológica/mental.

Se expuso a su vez, la baja frecuencia de aparición de conceptos psicológicos en los códigos éticos internacionales y las leyes chilenas referidos a investigación. Este dato refuerza la idea de que la psicología, actualmente, no se constituye como un insumo de las preocupaciones éticas de quienes desarrollan las normativas ya que la mayoría de los códigos separa los intereses y objetivos de la bioética del ámbito de los intereses psicológicos o sociales. Existe una tendencia a referirse a lo 'mental' o 'psicológico' como algo completamente ajeno a lo biológico.

Los autores destacaron como una preocupación de gran relevancia retomar las voces e inquietudes que apuntan a la generación de un cuerpo ético-jurídico particular para este ámbito. En este sentido, consideran que la bioética fue originalmente pensada como una disciplina asociada a las 'ciencias de la vida', en su acepción más amplia, de modo que es posible pensar en integrar a esta concepción las ciencias sociales.

Algunos interrogantes planteados

Conforme lo establece el Informe Belmont (1979) La expresión "*principios éticos básicos*" se refiere a aquellos criterios generales que sirven como base para justificar muchos de los preceptos éticos y valoraciones particulares de las acciones humanas. Entre los principios que se aceptan de manera general en *bioética*, se definen cuatro relevantes,

- *Beneficencia* u obligatoriedad de promover siempre el bien del paciente.

- *No maleficencia* o no infringir ningún daño.
- *Justicia*: la cual impone que todas las personas sean tratadas de igual manera sin importar sus diferencias.
- *Autonomía*: que reafirma la autodeterminación de la persona. El respeto a ésta es indisociable del reconocimiento de la dignidad humana.

Inicialmente, se plantean entonces algunos interrogantes que a la luz de los postulados de la bioética se exploraron posibles respuestas.

- A partir del análisis de las denuncias presentadas ¿Es legítimo transpolar los principios de la *bioética* a la disciplina psicológica?

- ¿Cuáles son las referencias o alusiones que se observan en el proceso ante el Tribunal de Ética (denuncias, descargos, alegatos y resoluciones) y que expresamente o de manera implícita refieran a postulados de la *bioética*?

- ¿Cuáles son las concordancias, omisiones, contradicciones y/o puntos de tensión que existen entre los principios expresados por la normativa deontológica de los psicólogos y los propios de la *bioética*?

- En las intervenciones psicológicas ¿De qué manera entran en juego los principios de *beneficencia* y *no maleficencia* cuando hay sufrimiento psíquico? ¿Cómo determinar lo que es mejor para cada paciente y a su vez respetar la *autonomía*? Y en otros casos ¿Es verdaderamente necesaria la consulta al psicólogo? ¿Qué lugar ocupa la *autonomía* del paciente cuando éste no tiene capacidad legal para autorizar el inicio de un tratamiento? ¿Cómo se caracteriza la relación entre el principio de *no maleficencia* y el deber profesional de utilizar y devolver de manera prudente la información obtenida en el transcurso de un tratamiento psicológico?

- Teniendo en cuenta la tradición paternalista en atención de la salud y los cambios producidos en los últimos tiempos en cuanto a la adquisición y ejercicio de los derechos de los pacientes ¿Cómo se expresa la tensión existente entre los principios de *beneficencia* y *autonomía* en la atención psicológica?

En definitiva el objetivo central de éste trabajo se orientó a encontrar mayores fundamentos, desde el enfoque bioético, para la práctica cotidiana del psicólogo y como consecuencia la posibilidad de generar nuevos criterios deontológicos en Psicología.

MARCO TEÓRICO

Los problemas bioéticos en psicología

En el marco de la discusión sobre el lugar que ocupan los problemas bioéticos en el campo de la Psicología se introduce la definición de “*Psicoética*” como un intento de sistematizar y clarificar especialmente los dilemas éticos que se presentan en la práctica del psicólogo y del psiquiatra. El principal referente en esta materia es el uruguayo França Tarragó (2012), quien sintetiza en su manual de *psicoética* estas cuestiones y da cuenta del lugar importante que ocupa la *Bioética* dentro del conjunto de las “Éticas profesionales”. El autor destaca que la *Bioética* tiene como objeto el estudio sistemático de todos los problemas éticos de las ciencias de la vida, incluyendo la vida en su aspecto psíquico. La *Psicoética* entonces deviene en una especialidad de la *Bioética*, ya que se ocupa sistemáticamente de enfocar la resolución correcta de los dilemas éticos, de la relación que se establece entre las personas y los profesionales de la salud mental, adquiriendo, según el autor, una identidad propia en relación a la *Bioética*.

En referencia con ello, el autor, hace una alusión muy interesante respecto a la relación de este campo de la reflexión moral y la deontología. Entiende que la *Psicoética* abarca no solamente la discusión sobre el deber profesional, como se ocupa la deontología. Por el contrario considera que el asunto pertenece al conjunto de la sociedad y no solo a las entidades deontológicas, en tanto el ejercicio de los profesionales de la salud mental implica siempre una relación entre dos sujetos activos, profesional - consultante.

Actualmente no existe acuerdo entre los especialistas en cuanto a la entidad que tiene la *Psicoética* tanto en el campo bioético como en el deontológico.

Así, Andrés Chamarro (2007) explica que las disidencias existentes, por cuanto la *bioética* trata los aspectos éticos de la salud de las personas y éstas pueden ser

consideradas desde una perspectiva biopsicosocial, que incluye, innegablemente, los aspectos psicológicos humanos. De acuerdo con ello, existen autores que han optado por incluir los aspectos éticos de la práctica psicológica como un caso especial de la *bioética*. Por otro lado, habida cuenta de que esta última disciplina no abraza la especificidad de las relaciones ni los conflictos que se puedan producir entre los profesionales de la psicología y las personas o colectivos a los cuales prestan servicio, es posible considerar la existencia de la *psicoética* como una disciplina con identidad propia, tal como lo propone França Tarragó.

Otro autor, Javier Gafo (1993) se posiciona respecto a la discusión sobre si la *psicoética* debe ser considerada como una disciplina distinta de la *bioética*, afirmando que sería un asunto secundario ya que claramente es un campo fundamental de la *bioética*, en tanto abarca la problemática moral que surge de la relación entre el paciente y los profesionales de la salud, y en tal sentido los dilemas que surgen de la praxis psicológica o psiquiátrica deben formar parte de la ética médica en un sentido amplio. El autor agrega que si bien los conceptos de enfermedad – y de enfermedad mental – tienen sus ambigüedades, en términos generales hay que hablar siempre de las situaciones de personas afectadas por unas circunstancias similares a las del enfermo orgánico, y por lo tanto adhiere a la proposición que postula que todos estos dilemas éticos deben formar parte de la *bioética*.

Esta última premisa se acerca más a la adoptada en el presente trabajo. Conforme a ello, el énfasis será puesto en estos casos especiales del campo bioético considerando a su vez los valiosísimos aportes de la *psicoética*, es decir, sosteniendo que es una cuestión subsidiaria no comprendida aquí.

El *principlismo* en *bioética*

Para introducirnos en el planteamiento propuesto, resulta importante señalar que al modo de lo que se entiende como “*bioética* clínica”, se estudiarán las cuestiones

morales que surjan en la relación entre el psicólogo y el paciente o destinatario de su acción profesional, en el marco de su quehacer técnico. Para ello, nos focalizaremos en cómo los principios clásicos de la *bioética* atraviesan estas cuestiones morales del Psicólogo. Para Pablo Requena Meana (2005) los iniciadores de lo que conocemos como *principialismo*, Beauchamps y Childress, entendían que sus cuatro principios están al mismo nivel de importancia, no teniendo de antemano precedencia uno sobre otro. Así, cuando en el caso particular surjan los conflictos habrá que considerar, según las características propias de la situación, cuál de los principios de la *bioética* tiene primacía. Por ello, se refieren a los mismos como “principios prima facie”. En otros sistemas suele existir un principio fundador a partir del cual el resto de reglas pueden ser analizadas según los casos, en el *principialismo*, en cambio, se definen cuatro pilares de igual importancia, que tendrán la primacía según el contenido preciso de la cuestión juzgada en cada caso.

Autonomía

Con el fin de caracterizar de manera general, podremos decir que se define como el gobierno o la determinación de sí. Según Dwyer (2001) “... un individuo es llamado autónomo si controla, o tiene la capacidad de controlar, el curso de su vida. Las acciones de un individuo, incluidas sus elecciones, son llamadas autónomas si se dan de un modo particular, es decir, si son el resultado de su reflexión crítica sobre sus creencias, deseos y valores. La *autonomía* también está asociada de cerca con la noción de libertad humana. Y es a la luz de estas asociaciones que podemos comenzar a reconocer porqué la *autonomía* tiene peso moral” (pp. 40 – 41).

De manera coincidente, Frankfurt (1989) sostiene que así como la afirmación de que una persona tiene libertad de acción significa que esa persona es libre de hacer lo que desea hacer, la afirmación de que una persona goza de *autonomía* (libertad de la voluntad en su terminología) significa que esa persona es libre de desear lo que desea desear.

Alguien puede tener un deseo de tener determinado deseo (sin implicar que desea que este deseo sea el efectivo, el que lo mueva actuar, sino un deseo más entre el conjunto de deseos de primer orden); o puede desear tener determinado deseo y desear que este deseo sea su voluntad. Para Frankfurt la noción de voluntad se refiere a un deseo efectivo, uno que mueve a la acción. El autor profundiza sobre en esta última subclase de deseos de segundo orden a la que llama voliciones de segundo orden. Afirma que es el tener estas voliciones de segundo orden, y no el tener deseos de segundo orden en general, lo que es esencial para ser una persona.

Ahora bien, desde la ética profesional de los psicólogos ¿por qué nos interesa tanto esta clase de deseos y expresiones de la voluntad de las personas? ¿Por qué es tan importante la *autonomía*?

Debido a distintas situaciones donde la asimetría en los roles profesional-paciente ha sido el medio para influir sobre estos órdenes de la *autonomía*, es que ha tomado mucha relevancia estudiar este tema y sobre los problemas que de ello se derivan.

Siguiendo los aportes de Chamarro (2007) es posible afirmar que esta *autonomía* individual necesita ser protegida dado que frecuentemente existen riesgos de desequilibrio de poder, ya que una persona que se encuentra mal no está en las mejores condiciones de defender su derecho a decidir por sí misma. En este caso el profesional se encuentra en situación de superioridad.

Desde otra mirada afín, más vinculada a la filosofía del derecho, Gerald Dworkin (1976), comparte esta inquietud referida a la importancia de la *Autonomía*, pero preguntándose particularmente, sobre los diferentes métodos que afectan a la *autonomía* y su correlato en cuanto a la importancia de reconocer la conveniencia y existencia de dicho principio; ya que si dicho concepto no fuera conveniente o posible, la pregunta acerca de los diferentes métodos que afectan la *autonomía* sería poco interesante. Si, por otro lado, la *autonomía* es tanto posible como conveniente, entonces la posibilidad de

debatir sobre las diferentes técnicas de control del comportamiento como de las distintas maneras y grados de afectar la *autonomía* resultará crucial para las cuestiones normativas que la incluyan.

Las maneras de influenciar pueden ser muy variadas, como el ofrecimiento de dinero, amenazas, hipnotismo, argumentos, provisión de información, mentiras, educación, estimulación subliminal, psicoterapia, condicionamiento operante, y psicocirugía, sin embargo su interés no reside solamente en esta puntualización sino más bien en sus efectos, nuestras actitudes hacia ellos y los mecanismos causales que lo explican.

Para ello realiza una articulación con lo que entiende por *autonomía*, premisa que sintetiza en la siguiente ecuación “*autonomía* = autenticidad + independencia” (Dworkin, 1976, p.23).

Autenticidad

En cuanto a uno de los aspectos de la *autonomía* encontramos la autenticidad. Dworkin (1976) nos introduce en el tema haciendo énfasis en la capacidad propia de las personas de reflexionar acerca de sus decisiones, motivos, deseos, hábitos, y demás. En su artículo desarrolla un ejemplo claro, sobre una persona que desea aprender a esquiar. Al indagar sobre la causa del deseo podría creerse que no tiene otra motivación más allá de este deseo directo y simple, o podría creerse que lo que causa el deseo es el deseo de poner a prueba su coraje en un deporte medianamente peligroso. Si suponemos que es conducido a darse cuenta (correctamente) de que él desea esquiar porque es envidioso de un hermano que siempre ha sobresalido en los deportes.

Habiendo reconocido la fuente de su deseo, ahora puede, o desear no estar motivado de esta forma, o reafirmar el deseo. En este último caso, está actuando entonces auténticamente en el sentido en que se identifica a sí mismo como el tipo de

persona que desea ser motivado por la envidia. Dworkin agrega que es la actitud que una persona asume hacia las influencias que lo motivan la que determina si éstas deben o no ser consideradas “suyas”. ¿Se identifica con ellas, las asimila a sí misma, se ve a sí mismo como el tipo de persona que desea ser motivada de este modo particular? Si, por el contrario, un hombre reniega de ser motivado de cierta manera, se encuentra alienado de esas influencias, reniega de actuar de acuerdo con ellas, preferiría ser del tipo de persona que se ve motivada de diferente modo, entonces esas influencias, aunque causalmente pueden ser efectivas, no son vistas como suyas.

Esta visión de la autenticidad incorpora la estructura social como fuente de motivaciones, dado que nacemos en una sociedad con un estado particular de desarrollo, roles sociales que posibilitan cierto grado de participación, con un cuerpo de conocimientos construidos. Simplemente nos encontramos motivados de alguna manera, y la noción de elegir, desde cero, carece de sentido, pero siempre conservamos la posibilidad de retroceder y juzgar dónde estamos y a dónde queremos ir.

Independencia

Al referirse a este segundo concepto de la premisa propuesta, Dworkin (1976) explica que la estructura motivacional de una persona puede ser suya, sin ser propia. Esto puede ocurrir por ejemplo, cuando la identificación con sus motivaciones, o la elección del tipo de persona que quiere ser, puede haber sido producida por manipulación, engaño, retención de información relevante, u otro método. Puede haber sido influenciada de modo decisivo por otras personas de tal modo que no podemos pensar en ella como en su propia elección. A esto le llama falta de independencia procedimental.

Según el autor, la complejidad en analizar la independencia procedimental reside en la tarea de caracterizar aquellas influencias que de alguna manera evitan que las decisiones del individuo sean sus propias decisiones. Los casos paradigmáticos de interferencia con la libertad han sido aquellos de coerción, y la tarea analítica es la de

ofrecer una razón de por qué ciertos modos de lograr que una persona haga algo diferente de su intención original (incentivos, información, argumentos) no cuentan como interferencias, mientras que otros (amenazas, fuerza física) sí infringen la libertad. Con respecto a la *autonomía* concebida como autenticidad bajo condiciones de independencia procedimental, los paradigmas de interferencia son la manipulación y el engaño, y la tarea analítica es la de distinguir estos modos de influenciar los juicios de alto orden de las personas, de aquellos (educación, requerimientos de pensamiento lógico, provisión de modelos de rol) que no niegan la independencia procedimental.

Los métodos que interfieren con la habilidad del individuo para reflexionar acerca de sus motivaciones de primer orden no deberían ser utilizados. Por ejemplo, los métodos que mantuvieran al agente en la ignorancia de los verdaderos determinantes de su comportamiento. Los métodos basados en influencias causales de los que el agente no es consciente son de esta naturaleza. La motivación subliminal, si fuera de hecho posible, sería un ejemplo. Dado que el agente no conoce las razones reales de sus acciones, no puede reflexionar acerca de tales razones y realizar un juicio favorable o adverso acerca de ellas. Los métodos de influencia que destrazan la habilidad del agente para reflexionar crítica e inteligentemente acerca de sus motivaciones violan la *autonomía*.

Se menciona a continuación algunas pautas descriptas por Dworkin respecto a los métodos de influencia que podrían interferir con la *autonomía*:

Tenemos actitudes favorables hacia aquellos métodos de influencia que apoyan el auto-respeto y dignidad de aquellos que están siendo influenciados. Idealmente, tales métodos deberían constituir una expresión pública de los agentes como individuos iguales y soberanos.

Los métodos de influencia que son destructivos de la habilidad de los individuos para reflexionar racionalmente acerca de sus intereses, como también aquellos que afectan de modo fundamental la identidad personal de los individuos no deberían ser utilizados. En la medida en que los efectos de ciertos modos de influencia son tales que

generan preguntas acerca de si el individuo es la misma persona, o en una versión menos extrema, si las discontinuidades entre la persona en dos puntos de tiempo cercanos son lo suficientemente intensas, no aceptaríamos su utilización.

Necesitamos mantener una concepción coherente y unificada de nuestra propia identidad. Las nociones de responsabilidad personal, planes a largo plazo, una conexión con nuestro pasado, todas dependen de ser nosotros lo suficientemente similares en las distintas etapas, a fin de ser considerados la misma persona. Podemos dar la bienvenida al cambio, pero dentro de un marco de continuidad.

1. Los métodos que se basan esencialmente en el engaño, en mantener al agente en la ignorancia de hechos relevantes, deben ser evitados. Esto no significa afirmar que más conocimiento es siempre mejor que menos. A veces el conocimiento aumenta la pena. Hay veces en que realmente “no queremos saber”. Pero nos ofende ser manipulados aun en nuestro propio interés.

2. Los modos de influencia que no son físicamente invasivos son preferibles a aquellos que sí lo son. Físicamente invasivos significa, en términos generales, aquellos métodos que penetran en el cuerpo. Por ende, la drogas, psicocirugía, tratamiento de electroshock, dispositivos de monitoreo, etc. El argumento para esta condición se basa en afirmaciones psicológicas relacionadas con la necesidad de algún ámbito de integridad física que no pueda ser violado. Esto está relacionado con las nociones de dignidad y privacidad. Es posible que esos sentimientos sean primitivos (incapaces de ser reducidos a otro tipo de consideraciones) o puede ser el caso de que no sea una condición independiente sino que pueda derivar de algunas otras condiciones.

3. Habrá algunas restricciones acerca del lapso de tiempo en que los cambios tengan lugar y de la habilidad del agente para resistir los efectos de diferentes modos de influencia. Dado nuestro conocimiento acerca de la

posibilidad de cambiar gustos, deseos, nuevo conocimiento y demás, deseamos mantener ciertas opciones para revertir nuestro comportamiento. En consecuencia, los cambios que son reversibles son preferibles a aquellos que no lo son. Deseamos protegernos contra el error y la equivocación en nuestros juicios corrientes. Por supuesto, en algunos casos la posibilidad de error es tan leve que podemos no cuidarnos mucho acerca de esta condición. Es preferible ser rico y saludable que pobre y enfermo.

4. Del mismo modo, nos interesa la rapidez con que los efectos tienen lugar y la duración del cambio. Ambos están conectados con la noción de reversibilidad, con la pregunta de si el agente puede producir el estado inicial sin ayuda, o si requiere de la ayuda de otra parte. Con respecto a la duración, incluso si los efectos eventualmente desaparecen, no es lo mismo si su duración es de cinco minutos o cinco años.

5. Preferimos métodos de influencia que trabajen a través de la estructura cognitiva y afectiva del agente, que requieran de la participación activa del agente para producir el cambio, que aquellos que ‘puentean’ los deseos y creencias del agente y lo convierten en un receptor pasivo de los cambios. (Dworkin, 1976, pp 27 – 28)

Consentimiento informado: implementación y controversias en la práctica psicológica

Resulta viable consensuar una definición de consentimiento informado como el principal procedimiento para instrumentar principios fundamentales como son el respeto a la dignidad y *autonomía* de las personas.

El código de Núremberg en su punto 1) dice:

El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial. Esto quiere decir que la persona envuelta debe tener capacidad legal para

dar su consentimiento; debe estar situada en tal forma que le permita ejercer su libertad de escoger, sin la intervención de cualquier otro elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción o algún otro factor posterior para obligar a coercer, y debe tener el suficiente conocimiento y comprensión de los elementos de la materia envuelta para permitirle tomar una decisión correcta. Este último elemento requiere que antes de aceptar una decisión afirmativa del sujeto sometible al experimento debe explicársele la naturaleza, duración y propósito del mismo, el método y las formas mediante las cuales se conducirá, todos los inconvenientes y riesgos que pueden presentarse, y los efectos sobre la salud o persona que pueden derivarse posiblemente de su participación en el experimento. El deber y la responsabilidad para determinar la calidad del consentimiento recaen sobre el individuo que inicia, dirige, o toma parte del experimento. Es un deber personal y una responsabilidad que no puede ser delegada a otra persona con impunidad.(Código de Núremberg, 1947)

En la actualidad la utilización de este procedimiento se ha adoptado para la práctica psicológica no sólo en investigación, como fuera pensada en sus inicios, sino también en la psicoterapia en el ámbito de la clínica y otras áreas de ejercicio.*En el año 1999, la Federación de Psicólogos de la República Argentina lo incorpora como norma a su Código de Ética y luego en su actualización en el 2013 lo sostiene prácticamente en los mismos términos:*

1.1. Consentimiento informado (...) Esta obligación se sustenta en el respeto por la autonomía, entendiendo que es válido cuando la persona que lo brinda lo hace voluntariamente, y con capacidad para comprender los alcances de su acto. Ello supone capacidad legal para consentir, libertad de decisión e información suficiente y significativa sobre la práctica de la que participa. La implementación del consentimiento informado, considerado aquí como un proceso, implica su construcción y revisión permanente en función de las características cambiantes y dinámicas de la relación profesional-consultante.

1.2. La obtención del consentimiento informado implica para el profesional psicólogo, brindar información sobre los alcances de la intervención para la cual es solicitado en relación con: a) el propósito y naturaleza de la actividad profesional, b) responsabilidades mutuas, c) protección de la confidencialidad y limitaciones de la misma consignadas en el presente código, d) probables beneficios y riesgos, e) alternativas posibles, f) opción de rehusar o retractarse en cualquier momento".(Federación de Psicólogos de la República Argentina Fe.P.R.A. 2013)

Por otro lado, también reparan en la responsabilidad que incumbe exclusivamente al psicólogo, de evaluar las condiciones en las cuales el consultante da su consentimiento. Finalmente establece excepciones (catástrofes, urgencia y/o situaciones de riesgo) y algunas disposiciones especiales para su implementación con menores:

1.4. En los casos en los que las personas involucradas no se encuentren en condiciones legales, intelectuales o emocionales de brindar su consentimiento, los psicólogos deberán ocuparse de obtener el mismo de los responsables legales, de acuerdo a las normativas vigentes

La fundamentación ética del consentimiento informado se extiende más allá del respeto por la *autonomía*, encontrando su raíz última en el respeto a la dignidad del ser humano. García y Castilla San José (2001) al respecto refieren: "El hombre es sujeto, no objeto, es fin y no medio, lo que supone que no se puede decidir por él, ni puede ser manipulado. Las implicaciones son claras: es necesario su 'consentimiento', y es imprescindible aportarle 'información' para que pueda darlo libremente. Se debe evitar cualquier posible manipulación del paciente" (p. 30).

Los autores profundizan el análisis de este instrumento, definiéndolo en relación a los cuatro principios de la *bioética*. Por un lado se fundamenta en el respeto a la *autonomía* y en la obligación de *beneficencia* que tienen los profesionales sanitarios, ya que se considera al paciente como un individuo moralmente autónomo, con capacidad para tomar sus propias decisiones, respecto de dar o no su consentimiento a

procedimientos diagnósticos o terapéuticos; y, por otro lado, debido a razones de *beneficencia*, se le debe facilitar al paciente que exprese lo que entiende que es mejor para él, permitiéndole que participe del modo más amplio posible en el proceso de toma de decisiones.

También en la medida en que el consentimiento informado va dirigido a la protección del individuo, es expresión del principio de no-maleficencia, por cuanto no tener en cuenta el consentimiento informado podría derivar en un daño para el paciente, como en el caso de ausencia de los resultados esperados por el paciente de una actuación terapéutica; y respecto al principio de *Justicia*, en el marco de los sistemas sanitarios, resulta una obligación el proporcionar a los ciudadanos los medios necesarios para el ejercicio de sus derechos y libertades básicas, entre las que se encuentran la participación en el proceso de toma de decisiones clínicas y el respeto a sus elecciones libres. (García y Castilla San José, 2001)

En los últimos tiempos, el consentimiento informado se ha afianzado en el quehacer psicológico, tanto es así, que se ha cristalizado en norma deontológica de la profesión.

Sin embargo, en la actualidad se suscitan numerosas discusiones en orden a su implementación en psicoterapia específicamente en torno a los posicionamientos propios de las distintas corrientes y escuelas que son parte de la psicología.

Generalmente las críticas se encuentran orientadas en la obtención del consentimiento informado con fines estrictamente burocráticos contrariando de esta manera el espíritu de la norma.

Sánchez González (Catedrático de la Universidad Complutense de Madrid) citado por Hermosilla (2010), propone una interesante visión al respecto. Señala que *Autonomía* y consentimiento informado son conceptos que encierran valores de naturaleza distinta, porque la *autonomía* es un valor en sí mismo, que a su vez

engendra un derecho individual básico, siendo el consentimiento informado solamente un medio para lograr otros fines; vale decir que su valor es meramente instrumental.

Por ello, en tanto los derechos personalísimos deben ser defendidos con una cierta independencia de las consecuencias, la realización de valores instrumentales obliga a tener en cuenta las consecuencias. De acuerdo a esta idea, si la *autonomía* y el consentimiento informado involucran valores distintos, también deben ser defendidos y justificados de distinta forma; concluyendo en la necesidad de ser principialistas en la defensa de la *autonomía* y, consecuencialistas en la protección del Consentimiento informado. En otras palabras, el consentimiento informado sigue siendo instrumental y por lo tanto defendible en la medida que su observancia no altere valores mayores.

García y Castilla San José (2001) ponen de manifiesto otra cuestión originada con la implementación de este instrumento. Tradicionalmente la práctica profesional se ha apoyado siempre en la actuación paternalista en el proceso terapéutico, colocando al psicólogo en el lugar de decidir por el paciente el momento en que deba aportarle alguna información. Por otro lado, además, los terapeutas de orientación psicoanalítica miran con recelo discutir explícitamente con los pacientes la naturaleza del tratamiento, temiendo que tales interacciones puedan interferir en el desarrollo de la transferencia, en esa repetición de vivencias conflictivas pasadas que son reactivadas en la relación con el terapeuta.

En el artículo al que referimos los autores señalan una posible salida conciliatoria de dichas controversias. En este sentido, Marta y Lowy (citado en García y Castilla San José, 2001, p 33) afirman que como la psicoterapia no es un procedimiento sino un proceso, el consentimiento informado en psicoterapia debe ser también un proceso. Y agregan que dada la imprevisibilidad relativa de la psicoterapia, es preciso la repetición del procedimiento del consentimiento informado en función de la evolución del estado del paciente y de la progresión de los objetivos del tratamiento. La importancia de la transferencia y contratransferencia exigen que cada repetición del consentimiento

informado se haga en etapas, en varias sesiones, a fin de tener en consideración la puesta en juego del inconsciente, la transferencia y contratransferencia. Un rechazo al consentimiento podría interpretarse como una resistencia de las que exigen análisis en la psicoterapia, y merecería por ello un tiempo de exploración.

Ana María Hermosilla (2010) coincide en considerar a la obtención del consentimiento informado como un proceso, y no un mero acto burocrático. Al respecto afirma que una manera posible de pensar la aplicación del consentimiento informado, es hacerlo como un proceso que se inicia desde el primer encuentro con el consultante. Refiere que es habitual que la persona que consulta lo haga desde una condición de necesidad que la coloca en una situación de vulnerabilidad o asimetría respecto del profesional. Este último es el que posee el saber y por lo tanto el poder, por lo cual este tipo de relación parece oponerse a la *autonomía* que promueve el consentimiento. Por lo tanto, por más que el consentimiento se transforme en obligatorio para el profesional no debe tomarse con un sentido utilitario, o como un mero trámite, sino que exige por parte del psicólogo un análisis que le proporcione elementos sobre la situación particular por la que atraviesa la persona que consulta.

La autora agrega que pensar al consentimiento informado como una construcción que se va realizando en el marco de un proceso previo al inicio de un tratamiento tiene el sentido de generar los consensos necesarios para su concreción, siendo el profesional el responsable de la aplicabilidad de la norma, constituyéndose en evaluador de ese proceso y esa evaluación deberá contener la propia interrogación acerca si se ha respetando la *autonomía* del sujeto.

La implementación del consentimiento informado en el abordaje con niños

El tema del abordaje psicológico con niños desencadena muchas discusiones. Específicamente en la disciplina psicológica aparece la implementación del consentimiento informado, entre los puntos más controversiales y en especial respecto a uno de sus pasos, la evaluación de los individuos que deben consentir.

Con referencia a ello Domínguez (2006) circunscribe dicha responsabilidad en el profesional y afirma que esto porta dificultades ya que aparecen dos derechos contrapuestos: la posibilidad de elegir libremente frente a la capacidad legal para hacerlo, que se supedita de la evaluación del profesional.

La autora define dos problemas referidos a este procedimiento, uno interno a la normativa y que surge de la misma letra del código: el consentimiento informado de los representantes legales por sí solo no basta para iniciar un tratamiento. Es necesario, dentro de las capacidades legales, intelectuales, o emocionales lograr un acuerdo con las personas involucradas en la terapia. El otro problema, ya dentro del terreno de la experiencia analítica propiamente dicha, radica en cómo lograr pasar del consentimiento aportado por los representantes legales a un asentimiento subjetivo que verifique un “deseo decidido” de “analizarse”. Para ello se requerirá que el profesional lea esos signos.

Otro aspecto a considerar tiene que ver con la necesaria consideración de la *autonomía* de los niños, niñas y adolescentes en tanto sujetos de derechos.

Desde el punto de vista jurídico, a partir de la sanción de nuevas legislaciones en materia del reconocimiento de los derechos de niños, niñas y adolescentes aparecen axiomas tales como “*autonomía progresiva*”, “la evolución de sus facultades”, “desarrollo de sus facultades conforme a su madurez y desarrollo” en el niño que tienen su correlato con la capacidad de ejercicio de sus propios derechos. (Ley de Protección Integral de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, 2005, arts. 19, inc. a) y 24, inc. b) y código civil Arts. 26 y 639) y en consecuencia la condición de sujetos de derecho.

Según França Tarragó (2012) la *autonomía* es una capacidad que se va desarrollando progresivamente y por ello pueden surgir conflictos de deseos e intereses entre padres y el menor en la asistencia psicológica.

Es importante señalar que este aspecto atinente al marco legal que comprende al niño y procura escucharlo, se vincula fuertemente con las problemáticas que se suscitan en el ejercicio profesional, con particular llegada en el tratamiento con

niños, constituyendo así en otro aspecto a considerar al momento de analizar las dificultades propias de este modo de abordaje.

Beneficencia

En la actualidad uno de los aspectos cuestionables, que preocupan a la *bioética* y que surge del promover el bienestar o el mejor interés de las personas, es el “paternalismo”.

En el desarrollo de esta cuestión *bioética* es habitual encontrar una distinción entre paternalismo débil y fuerte. Según França Tarragó (2012) el primero se justificaría para impedir la conducta referente a uno mismo o a terceros, siempre que dicha conducta sea notoriamente involuntaria o irracional; o cuando la intervención de un profesional sea necesaria para comprobar si la conducta es consciente y voluntaria. Los casos de paternalismo débil son fáciles de justificar, puesto que la decisión de beneficiar a la persona no atenta contra su *autonomía*, sino que busca protegerla de la irracionalidad no autónoma. Se podría decir que el paternalismo débil, en realidad, no violaría la *autonomía* de la persona, puesto que se trataría de situaciones en las que hay ausencia de *autonomía*. En cuanto al paternalismo fuerte, en cambio, sería aquella actitud ética que justifica la manipulación forzosa de las decisiones de una persona consciente y libre cuyas conductas no están perjudicando a otros pero que, a juicio del profesional implicado, son irracionales o perjudiciales para el propio paciente.

Justamente, desde el marco conceptual de la *Psicoética*, un eje que procura contener al paternalismo, en las intervenciones por las cuales se procura beneficiar al paciente, es la que entiende que es obligación moral del psicólogo poner al sujeto en lugar de decidir por sí mismo. Este es uno de los elementos justificativos de la actuación profesional, la de intervenir en un sujeto para hacerlo dueño de sí, para que sea él quien en plenitud de facultades, pueda decidir por sí mismo que es lo que quiere hacer, si efectivamente luchar contras las estructuras o acomodarse a ellas. (França Tarragó, 2012)

No maleficencia

Otro de los substanciales principios de la *bioética* es la *no maleficencia*. Es descrito en términos generales como no dañar física o psíquicamente, evitar el dolor físico y el sufrimiento psíquico.

Este precepto se vincula con la máxima *primun non nocere* (ante todo, o primeramente, no dañar) históricamente usada para describir las obligaciones de los médicos de no hacer daño a otros sin beneficios compensatorios. Esta obligación de no hacer daño suele considerarse más rigurosa que la de beneficiar a otros e impone límites morales a la *autonomía* del profesional y del paciente. (Torres Acosta, 2011)

De manera esquemática la *No maleficencia* puede reconocerse en tres principios:

- Deber de no abandono del paciente o sujeto de investigación;
- Principio de precaución, que nos ayuda a evitar cualquier mala praxis en el equipo clínico y en la institución;
- Principio de responsabilidad ante las consecuencias de las decisiones ético-clínicas, o de toma de medidas en una institución o en salud pública (León Correa, 2009, p.75)

Este principio interpela particularmente al quehacer psicológico ya que resulta prioritario que su intervención no comporte ningún mal a la persona a la cual presta su servicio, dado que no siempre podemos garantizar una mejora de la persona. Según Chamarro (2007) se tiene que considerar que no causar mal es un deber mínimo, imprescindible y básico. Cuando una persona pide los servicios de un psicólogo es evidente que espera no ser perjudicada por los actos del profesional. Sin embargo, este mandamiento ético no se acaba aquí, un psicólogo no solo tiene que evitar perjudicar a su cliente, sino que le debe ayudar a solucionar sus problemas o dificultades. Esto es lo que se espera de él y la razón por la cual las personas le piden ayuda y consejo.

En lo que respecta a las vicisitudes propias del vínculo profesional – paciente es importante señalar los particulares recaudos que la ética profesional formula a la psicología, sobre todo en lo que se entiende como “distancia operativa”.

Según Andrés H. (2012) del encuentro de dos personas siempre se suscita en cualquier situación un ir y venir de contenidos emocionales que serán explicitados más, menos o no explicitados en la cabeza de cada uno de los participantes. Esto sucede porque las personas somos seres dinámicos en nuestra psicología, y cualquier otro con quien nos encontremos, produce miles de estímulos que suscitan algo en nuestros contenidos psicológicos. Este dinamismo interno personal, movido por el estímulo de la presencia de otro tiene una “ida” y una “vuelta”. Una ida dentro de la propia persona, que va a golpear en los recuerdos activado de su historia personal y que va a vincular el estímulo actual con ella. Y una vuelta hacia la otra persona del encuentro, la cual va a ser depositaria de alguno de estos elementos propios de su historia.

Se genera así lo que la autora entiende como un *espacio virtual* necesario para que uno pueda ver al otro, lo más parecido a lo que el otro es, con toda la objetividad posible, espacio virtual (en la cabeza) imprescindible para que realmente haya dos en este encuentro (un uno que soy yo y otro que no soy yo) y que da cuenta de quién es el otro, que permite apreciarlo desde lo que el otro es. Cuando ese espacio se encuentra invadido por los propios contenidos emocionales (psicológicos) de una o de las dos personas, ese espacio virtual se borra. Entonces este espacio necesario para ser dos, no existe o existe parcialmente y lo que se ve o aprecia del otro es parte de lo mío. No veo al otro tal cual es. Es decir no hay espacio o distancia emocional necesaria para ver al otro. Esto que cuando sucede es poco saludable en una relación, y que tiene su máxima expresión patológica en la fusión con el otro, constituye lo que se llama *relación simbiótica*.

Esta caracterización de los problemas de relación con el paciente, tiene su correlato en la normativa de los psicólogos, particularmente en lo que se refiere al principio de integridad de profesional. Se encuentra allí:

“D. Integridad: Los psicólogos (...) se empeñarán en ser sumamente prudentes frente a nociones que degeneren en rotulaciones que devalúen o discriminen. Asimismo, procurarán que sus sistemas de creencias, valores, necesidades y limitaciones, no generen efectos adversos en su trabajo. En su accionar científico-profesional, clarificarán a las partes acerca de los roles que están desempeñando, y funcionarán según esos mismos roles”.
(Federación de Psicólogos de la República Argentina, 2013)

Este principio se traduce luego en normas que tipificarán recaudos y prescripciones tendientes a sostener la relación profesional-paciente según determinados roles y funciones, y a su vez evitar secuelas propias de posibles desequilibrios del vínculo.

Otro problema ético vinculado a cuestiones propias de la asimetría con el paciente, alude a los diagnósticos psicológicos y los usos que de él se hagan.

Entendido como “acto de poder”, en términos de França Tarragó (2012), el psicodiagnóstico puede ser altamente manipulador en la medida que encierra una prescripción implícita de cuál debe ser el futuro de la persona involucrada. Dependiendo de la especificidad del sistema teórico que tenga cada psicólogo o psiquiatra; de la manera en que evalúen la conducta de las personas, que saquen conclusiones acerca de ellas y que contrapesen el desacuerdo entre la persona y la norma social, el diagnóstico puede ser enormemente influido por los presupuestos subyacentes al sistema de interpretación y al concepto de enfermedad que éste tenga.

Es evidente que el diagnóstico tiene una importante implicación ética, ya sea para beneficio o para manipulación, desacreditación y castigo de los miembros de la

sociedad. Refiere que en ocasiones que cuando hay intereses económicos, políticos, o afectivos en pugna, los psicólogos y psiquiatras han intervenido para legitimar con su diagnóstico las pretensiones de uno u otro bando, ya sea en los conflictos legales individuales, en los de grupos o aún en los que se han producido entre naciones.

Por todo ello, el autor concluye que es de considerar que toda persona a la que se evalúa debe informársele de la relatividad y limitaciones que puedan tener las técnicas utilizadas, con el fin de evitar eventuales daños en la autoimagen que el sujeto tenga de sí mismo.

Justicia

En *Bioética* la *Justicia* trata sobre el respeto a la igualdad social que se expresa en que los seres humanos sea acreedores de los mismos derechos y oportunidades, sin discriminación por diferencias de origen, edad, sexo, ocupación social, desarrollo físico, mental, cultural, color de la piel, credo y de cualquier otra índole. Como un concepto moral general la *justicia* consiste en dar a cada uno lo que se merece por sus méritos o condiciones. Es la igualdad de oportunidades para todos en la sociedad y requiere que se dé a la persona lo que es debido, lo que debe hacerse en derecho y razón. (Torres Acosta, 2011, p. 98)

Las teorías de la *justicia* han establecido diferentes criterios para hacer tal determinación. Por ejemplo, los beneficios sociales pueden ser distribuidos a las personas en base a la necesidad, el esfuerzo, el mérito o la contribución a la sociedad.

Según Diego Gracia (1990) cualquier teoría que quiera dar razón de los hechos ha de articular dos momentos, el deontológico o de los principios y el teleológico o utilitarista. En cuanto al primero, hay acuerdo en sostener que la “*justicia distributiva*”, entendida como aquella que promueve el bienestar colectivo, es la más aceptada. Respecto al momento teleológico, el acuerdo es aún más claro, los funcionarios públicos

tienen obligación de optimizar la utilidad pública de los recursos disponibles, para lo cual han de actuar conforme a los principios y criterios propios de la economía.

En algunos casos esta dualidad de momentos actúan como complementarios y entonces no hay duda de que el deber moral es respetar los principios. Lo más frecuente en Ética no es la complementariedad sino los conflictos de principios y consecuencias. Las consecuencias las utilizamos solo como criterio de jerarquía y por lo tanto de resolución de conflictos entre principios. Por lo general, para establecer un orden jerárquico correcto es preciso tener en cuenta las razones teleológicas, es decir, las consecuencias de los distintos actos posibles.

Algunos autores entienden por otra parte que el principio de *justicia* a su vez contiene otros principios:

- *“Respeto a los derechos o a la legalidad vigente; ver en el paciente o usuario también un sujeto de derechos legítimos, y claridad en los derechos y deberes mutuos de los profesionales de la salud y los pacientes y entre ellos y el sistema.*
- *Equidad: distribuir las cargas y beneficios equitativamente, más que mero equilibrio entre costes/beneficios o recursos/servicios prestados. No realizar discriminaciones injustas (cabén las discriminaciones justas por motivos clínicos, de urgencia, en catástrofes, entre otros) y proporcionar igualdad en las posibilidades de acceso y en la distribución de los recursos de la salud, al menos dentro del mínimo ético exigible en cada situación concreta.*
- *Protección, para conseguir efectivamente un nivel adecuado de justicia con los más vulnerables o ya vulnerados, en la atención de salud o en la investigación biomédica.*
- *Eficiencia profesional, institucional o del propio sistema de salud: La relación entre los servicios prestados y los recursos empleados para su realización es una exigencia moral, puesto que estamos obligados a optimizar los recursos –que son limitados– sacando de ellos el mayor beneficio posible. Es exigible la eficiencia a los profesionales del sistema de*

salud, a las instituciones privadas o públicas en una medicina que debe racionalizar el gasto. Es primordial poner el fin de la salud –propio del profesional y del sistema– por encima del fin económico, importante pero secundario.

• *Continuidad de la atención, tanto entre centros de salud y hospitales como de médico tratante, en lo posible. Institucionalmente, es un deber asegurar la continuidad de la atención al usuario y la sostenibilidad del sistema y de las prestaciones que se ofrecen a los ciudadanos” (León Correa, 2009, p.p. 75 y 76)*

Cómo referíamos al iniciar el capítulo, el principio de *justicia* trata a la “discriminación” como un asunto no menor de nuestra vida cotidiana y cuyas manifestaciones desgraciadamente puede ser muy variadas.

En particular, es preocupante un modo de exclusión que tiene vinculación con la edad y que principalmente tiene a la vejez como objeto. Este es un periodo crítico en donde su atención tiene fundamentales implicancias sociales y psicológicas, requiriendo un abordaje que abarque su complejidad y en donde además de “curar”, se lleven adelante acciones de cuidado.

“Numerosos especialistas denuncian los problemas que afectan particularmente a las personas de edad y las distorsiones sobre el proceso de envejecimiento, que desde la antigüedad despierta sentimientos contradictorios como los que impregnan las corrientes actuales del pensamiento. En ellas se suele poner el acento en la lucha por la sobrevivencia, lo cual diluye los aspectos cooperativos asociados al amor que aseguran la continuidad de las comunidades humanas. En el mismo sentido opera el énfasis en la fractura e incompatibilidad generacional, porque desestima la integración generacional propia de la estructura familiar-comunitaria, que es la que provee la experiencia concreta de la trascendencia humana. En esa secuencia, los conceptos de evolución, crecimiento y desarrollo se consideran propios de las primeras etapas de la vida, mientras que las siguientes resultan signadas por los opuestos;

involución, deterioro, o pérdida, que en sentido estricto pueden aplicarse desde el inicio, porque se “nace para vivir” y también “para morir”, instancia que el hombre actual mantiene como una entidad ajena a sí mismo” (Mainetti J.A.,1978, citado por Roberto Bedoya, 2012, pp. 53-54)

En un punto de vista coincidente, França Tarragó (2012) señala que en nuestra sociedad lo que muere - inútil – regresivo – irreversible - débil es asociado con lo anciano; mientras que lo que vive – útil – progresivo – modificable –fuerte es asociado con lo joven y por lo tanto con lo que vale la pena reforzar. Tanto psiquiatras como psicólogos no son inmunes a estos valores, y su curiosa actitud de desinterés al menos por la ancianidad y su psicología, ha estado influidos por ese contexto social. Posturas teóricas como las de Freud han pesado no poco en confirmar estos prejuicios sociales, puesto que el fundador del Psicoanálisis era muy categórico en afirmar que la edad de los pacientes tiene mucha importancia en la determinación de si está indicado hacer psicoanálisis; cerca o arriba de los 50 años, la elasticidad de los procesos mentales, por regla, se pierde y por ello los ancianos no son más educables.

Claramente la dignidad del anciano resulta amenazada si la edad es la variable determinante para no brindarle los servicios que se le prestarían si fuera cualquier otro ciudadano. El principio de *justicia* entendido como la “igual consideración y respeto” implica que el anciano es igual a cualquier otro ser humano en dignidad, y debe ser tratado acorde con tales derechos.

En nuestro campo, encontramos autores, que proponen un modo de abordaje de las problemáticas que vinculan *bioética* y vejez, y cuya perspectiva alude a la “*Ética del cuidado*”. Sus exponentes refieren que debido a las deficiencias que surgen de un enfoque de la relación clínica básicamente de tipo “técnico”, la *Bioética* vino a “sensibilizar” a los profesionales, haciendo presente otras necesidades y a tener en cuenta la participación de los pacientes, con sus opiniones y su *autonomía*. (Deangelillo, 2012)

Con el fin de plantear que la relación clínica en los pacientes ancianos sea sustentable, emerge la teoría de la *Ética del cuidado*, como una ética complementaria a los principios universales y normativos que nos llevan a una atención óptima.

Hablar de *Ética del cuidado*, lleva a tener presente dos conceptos fundamentales: primeramente el respeto por la *Dignidad de las personas*, significa considerar el valor interno e insustituible del hombre en razón a su ser, no por su rendimiento sino por su fin. Es en el sentido Kantiano valorar a la persona como fin en sí mismo y no únicamente como medio, como el bien central a preservar en cualquier situación y circunstancia. En segundo término, *acción de cuidado* en el profesional de la salud, caracterizada por una relación transpersonal, mutua y consciente con el paciente, atravesada por un sentimiento de compromiso y ánimo de servicio. El cuidado no es la simple realización de tareas o procedimientos, conecta al que cuida con el que es cuidado en una actividad auténtica, dinámica, reflexiva, y deliberativa, basada en la interacción humana que promueve el bienestar del otro satisfaciendo las necesidades de la persona cuando esta no lo puede hacer por sí misma (Deangelillo, 2012).

Carol Gilligan, psicóloga y filósofa estadounidense impulsó el estudio de este enfoque. En 1997 definió a la *Ética del cuidado* en contraste con la *Ética de la Justicia*. Para esta autora los juicios morales que comprenden a la *Ética del cuidado* buscan entender la moral en una visión de bienestar y alto sentido de responsabilidad, oponiéndose en tal sentido, a las reglas y normas abstractas, no rigiendo el principio de *justicia* e imparcialidad, sino el cuidado y la preocupación por los demás. Interviene aquí de manera preponderante el sentimiento y la preocupación de la situación desde el mundo vivencial, afectivo y emocional. Por el contrario, la ética de la *justicia* y la imparcialidad toma distancia entre las personas en el conflicto moral, no mira al otro en sus particularidades como individuo (Deangelillo, 2012)

HIPÓTESIS

En los procesos disciplinarios del ejercicio profesional de la Psicología existen problemas bioéticos, que pueden ser analizados tomando como eje los principios postulados por la *Bioética*. A partir de allí surgirá una nueva lectura de las controversias ético/deontológicas actuales de la Psicología.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Analizar los problemas bioéticos que atraviesan el ejercicio profesional de la Psicología a partir de la lectura de los expedientes tramitados ante el Tribunal de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba.

Objetivos específicos:

- Inferir problemas bioéticos que surjan de los documentos presentados durante el proceso disciplinario.
- Enriquecer el campo de conocimiento bioético con la incorporación de casuística proveniente de la Psicología.
- Detectar las concordancias, omisiones, contradicciones y/o puntos de tensión que existan entre los principios de la *bioética* y los expresados por la normativa deontológica.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Metodología

Se utilizó la técnica cualitativa de análisis documental (Valles, 1999). Se exploraron y analizaron los expedientes tramitados ante el Tribunal de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba entre el año 1995 (año en que comenzó a sesionar el Tribunal) al 31 de diciembre de 2015.

Se siguieron para ello, los lineamientos propuestos por Valles (1999) en cuanto al *procedimiento de inducción analítica*. Esto implicó el relevamiento de un número relativamente pequeño de casos, su análisis y clasificación, para luego concluir con la formulación de una hipótesis que explique el fenómeno estudiado.

Dos herramientas: la especificación y ponderación de las reglas morales

En cuanto a la metodología propuesta para dirimir posibles conflictos al momento de definir la primacía de un principio por sobre otro, Beauchamp y Childress ofrecen dos herramientas muy importantes “la especificación (*specification*) y la ponderación (*balancing*) de principios y reglas. La especificación trata de acercar el principio al caso concreto que se debe evaluar. Lo despoja todo lo posible de su generalidad e indeterminación, buscando su ámbito de acción (*range and scope*) o lo que es lo mismo, su posible utilización o no en un determinado caso. La ponderación compara dos o más principios (*prima facie* o reglas más específicas) que parecen adecuados como guías para el caso en estudio. Se interroga sobre cuál de ellos tiene mayor peso (*weight and strength*). Mira por tanto a la importancia y solidez de un principio con respecto a otro, en un caso determinado”. (Requena Meana, 2005, p. 69).

En referencia a la *especificación* se aclara: “los principios prima facie no contienen todos los matices necesarios para llegar a las circunstancias particular en que se presentan los problemas morales de la vida corriente. Resulta necesario conducirlos hacia normas más específicas que sean capaces de gobernar dichos casos, de modo que se pueda dar respuesta a las preguntas sobre el por qué y cómo una situación determinada entra dentro del ámbito de un principio moral. La herramienta o método de la especificación (como es llamada por nuestros autores) podría definirse como aquel proceso que consigue reducir la indeterminación de las abstractas normas morales proporcionando unas guías de actuación que sean útiles. Se trata de cubrir la distancia entre un principio, como por ejemplo “no causar daño”, y la solución concreta que ha de darse a las cuestiones sobre el suicidio asistido y la eutanasia aún no resueltas” (Requena Meana, 2005, pp. 69 y 70).

Los autores recomiendan conducir los principios hacia normas más específicas que sean capaces de gobernar dichos casos, de modo que se pueda dar respuestas sobre el por qué y cómo una situación determinada entra dentro del ámbito de un principio oral.

Para mayor claridad, un ejemplo de ello se postula cuando el principio de respeto por la *autonomía* fundamenta la implementación del consentimiento informado en el tratamiento psicológico. Pero a su vez, interpela a los profesionales muy habitualmente, cuando se trata niños, niñas o adolescentes.

Así es posible a través de la especificación acercarnos al caso y aportar soluciones concretas a cuestiones no resueltas por la normativa deontológica, y a su vez generar el necesario debate para retroalimentar estos dos campos, la *bioética* y la deontología.

En cuanto a la *ponderación* se entiende que consiste en una deliberación y juicio sobre el relativo peso o fuerza de las normas en el caso particular, aclarando que no se trata de una simple intuición del sujeto sino que requiere que se aporten razones adecuadas para justificar la elección (Requena Meana, 2005, pp. 76 y 77).

El material documental

Se trata de 112 expedientes confeccionados con motivo de denuncias iniciadas ante el Tribunal de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba. Los mismos son documentos escritos foliados y compaginados en cuerpos de hasta 200 fojas donde constan las intervenciones de las partes intervinientes (denunciante y denunciado) y el Tribunal de Ética en las distintas y sucesivas etapas procesales.

Estos expedientes se consideran *fuentes de datos secundaria* (Valles, 1999), dado que no han sido producidos originalmente a los fines del presente estudio, son de circulación interna del Tribunal de Ética, es decir que sólo acceden a ellos los miembros del Tribunal, secretaría administrativa y dichas partes intervinientes.

Respecto del uso de este material documental se considera una ventaja contar con el total de los trámites procesados, en este sentido, es de destacar su accesibilidad y el carácter auténtico de los mismos; representando, por ello, una fuente importante y sumamente copiosa de casuística en materia de conflictividad ética/disciplinaria de los psicólogos en el provincia de Córdoba.

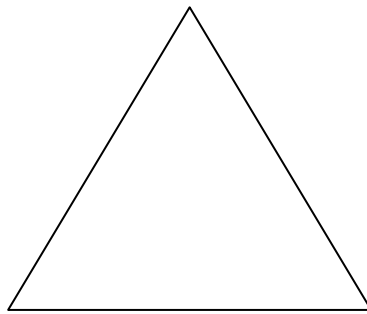
Entre las desventajas a contemplar en el uso de estos documentos, se encuentran la distancia temporal con la problemática a analizar y la imposibilidad de indagar respecto de la significación que tuvo para las partes intervinientes como de sus rasgos personales. Como decisión metodológica para mitigar estos efectos se consideró conveniente priorizar el análisis de los casos más recientes, tramitados en los últimos diez años. Asimismo, y en menor medida se incluyeron casos más antiguos, a tenor de que se consideraron representativos como caso para la bioética.

Triangulación con el Código de Ética

Con el estudio de estos expedientes, la cuestión a plantear es si las denuncias presentadas necesariamente abarcan los problemas bioéticos que resulten motivo de objeción al ejercicio profesional de la psicología. Por consiguiente, habrá que considerar que los procedimientos iniciados obligatoriamente refieren a conductas antiéticas previamente tipificadas en el código deontológico, el que puede o no, comprender los postulados de la *bioética*. Por ello, para cualquier inferencia que surja a partir de la lectura de los expedientes mencionados debe efectuarse esta “triangulación” con el código de ética, entendiendo que este último documento nos dará un indicio del contexto y condiciones de producción del objeto de estudio.

Triangulación

Caso – expediente



Código de Ética

Principios de la *Bioética*

CONTEXTUALIZACIÓN

El ejercicio profesional de la Psicología

El ejercicio profesional de la psicología se desarrolla de la mano de su reconocimiento legal por las instituciones democráticas. Principalmente a partir de la sanción de las Leyes provinciales 7106 Disposiciones para el ejercicio de la Psicología (1984) y 8312 Creación del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (1993), respectivamente.

Al respecto la Ley provincial N° 7106 dice:

Artículo 1º.- A los efectos de esta Ley, se considera ejercicio de la Psicología la aplicación e indicación de técnicas específicamente psicológicas en la enseñanza, el asesoramiento, los peritajes y la investigación de la conducta humana, y en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento, tanto de las enfermedades mentales de origen eminentemente psíquico como de las alteraciones psicológicas en enfermedades somáticas de las personas, y la recuperación, conservación y prevención de la salud mental de las mismas.

Artículo 2º.- EL ejercicio de la Psicología se desarrollará en los niveles, individual, grupal, institucional y comunitario, ya sea en forma pública o privada, en las áreas de la Psicología Clínica, Educacional, Laboral, Jurídica y Social.

El procedimiento ante el Tribunal de Ética

Según lo establecido por la ley provincial 8312 en su art. 16) el Tribunal de Ética de Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba “tiene por funciones exclusivas las actuaciones correspondientes ante las denuncias por cualquier violación a la ética en el estricto ejercicio de la profesión, elevadas por alguno de sus miembros, la Junta Ejecutiva, instituciones, matriculados o particulares, pudiendo además actuar de oficio”.

Para entender qué es una *violación a la ética* profesional, la Institución dicta su propio código deontológico o de ética. Allí se establecen los principios y normas, que se expresan en deberes, prohibiciones y derechos que le asisten a todos los profesionales psicólogos, considerando que descuidar estos mismos afecta los derechos de los destinatarios de los servicios profesionales.

Más precisamente es posible observar una estructura común en los códigos deontológicos de los psicólogos al tipificar estas conductas antiéticas. Así encontramos generalmente capítulos que las incluyen especificando si se trata de faltas en la relación con los destinatarios de los servicios profesionales, con los colegas o con la profesión y la comunidad.

Cuando se deba actuar ante una denuncia por una presunta falta, el Tribunal de Ética instruye un procedimiento para acreditar lo sucedido y determinar si corresponde o no la aplicación de una sanción disciplinaria, garantizando en todos los casos los derechos constitucionales de las partes involucradas con justo equilibrio procesal.

Cabe aclarar que, según esta normativa procedimental, la denuncia deberá contener entre otros requisitos una relación “lo más clara, precisa, circunstanciada y específica del hecho... y una calificación provisoria de la conducta supuestamente transgresora de normas éticas profesionales previstas en el Código” (Normas de Procedimiento del Tribunal de Ética, Art.2, 2008).

De manera esquemática las etapas procesales en dichos casos son: presentación de la denuncia – análisis de la admisibilidad de la denuncia – notificación y traslado de la denuncia – contestación - presentación de pruebas – alegatos – resolución – apelación.

Primera aproximación al material documental

Inicialmente se realizó un somero análisis a modo de *precomprensión* del material documental de referencia. Para ello se accedió a la totalidad de expedientes archivados por el Tribunal de Ética, esto es desde su funcionamiento el 26 de agosto de 1995¹ hasta el 31 de diciembre de 2015. Allí se revisó principalmente el motivo que generó la denuncia y se descartaron fundamentalmente los problemas vinculados a la relación con los colegas, la comunidad en general o la profesión, tales como faltas administrativas, o delitos penales/económicos.

Desde luego, el foco de atención en este primer muestreo estuvo puesto en el relato de las personas afectadas, ya que se entendió que el problema bioético debe comprender precisamente en cómo el accionar del profesional afectó al bienestar de las personas.

En tal sentido, la primera decisión metodológica fue analizar únicamente los casos que involucren problemáticas de la relación del psicólogo con los consultantes.

En términos generales, se observó la alusión considerable dentro de los casos a analizar, respecto a dos tipos de controversias en particular, por un lado las que se iniciaron a partir de diagnósticos o informes psicológicos y de las consecuencias derivadas de su confección y/o presentación a terceros o instituciones y por otro lado las vinculadas a la obtención del consentimiento informado cuando se comienza un tratamiento con niñas, niños o adolescentes.

En referencia a las primeras, la conjetura se dirige a que los informes escritos resultarían documentos probatorios de peso que reflejarían de manera concreta y precisa el cuestionamiento al desempeño de un profesional; vale decir, en estos casos el motivo

¹Libro de actas del Tribunal de Ética – Tomo I –Acta N° 37 P. 29. Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba.

de la denuncia puede acreditarse, cuestión no tan sencilla de lograr en los procesos disciplinarios, por ello se admitirían con mayor reiteración.

En cuanto a la implementación del consentimiento informado con menores de edad, se entiende que existe un entramado complejo, de relaciones familiares, sociales y jurídicas de suma complejidad cuyo emergente sería el aumento del número de acusaciones en relación a este deber profesional. Un factor interesante es el cambio que se ha dado en los últimos años respecto a la incorporación de nuevos derechos como los que promueven el respeto al interés superior del niñas, niños y adolescentes y en este sentido el acompañamiento que necesariamente debe hacer la normativa deontológica.

El análisis de los casos según las categorías de la bioética

En una etapa posterior se utilizaron las herramientas de especificación y ponderación para escoger los casos a analizar. Se consideró el acercamiento del principio al caso, entendiendo por ello las menciones explícitas o que tácitamente refieran a los principios de la bioética. A saber:

- Autonomía – Beneficencia:
 - Referencias a inconvenientes en la implementación del consentimiento informado.
 - La afección de la autodeterminación de pacientes en términos generales.
- No maleficencia:
 - Menciones referidas a la producción de un daño en el paciente.
- Justicia:
 - Situaciones de discriminación

A su vez, se llevó a cabo una comparación de dos o más principios por caso que surja como adecuados como guías para su resolución del caso. Se interrogó, de esta manera, sobre cuál principio tiene mayor peso en el caso particular.

Esto significó en algunos de los temas expuestos, una segmentación en el desarrollo del estudio que posiblemente deja de lado los posibles diálogos entre las categorías propuestas. A propósito de ello, en el caso del principio autonomía, se decidió abordarlo en tensión con el principio de beneficencia y las prácticas de tipo paternalistas existentes aún en la profesión, ya que de esta manera fue posible analizar con mayor profundidad la complejidad de las cuestiones bioéticas tratadas.

Al finalizar este acercamiento surge la premisa que interrogará el presente trabajo ¿Qué sucede cuando introducimos nuevos criterios valorativos de las conductas profesionales como los aportes de la *Bioética*? ¿Las normas éticas de los psicólogos son inclusivas de los problemas bioéticos de la profesión?

Disyuntiva presentada en cuanto a la utilización de la información

Al comenzar con el análisis de los referidos expedientes se presenta un dilema vinculado al cuidado en preservar la identidad de las personas involucradas por un lado y por el otro, brindar la información necesaria para que potenciales interesados tengan la posibilidad de replicar esta experiencia.

Concretamente, la necesaria distorsión de los datos que abarca el preservar la confidencialidad dificultaría la identificación de los casos en discusión. Esto iría en detrimento de la posibilidad de confirmar u objetar las conclusiones a las que se arribaron.

En la resolución de esta cuestión, se priorizó la confidencialidad, en tanto valor preeminente, enfocando la deformación de los datos principalmente, en la filiación, reseñas personales, lugares de trabajo e instituciones implicadas. A su vez, se optó en sostener el conflicto bioético planteado, en tanto materia prima principal del presente trabajo.

Es importante recordar que, con el fin de evitar razonamientos parciales o inadecuados, se trabajó con el visado competente del director de tesis en todas las decisiones metodológicas adoptadas.

Todo ello, con sustento en el material documental que se encuentra disponible en el archivo del Tribunal de Ética para su contrastación.

ANALISIS DE DATOS

Autonomía – Beneficencia (paternalismo)

Dos casos que exponen las dificultades en la implementación del consentimiento informado.

Caso 1

Juan Pablo es un adolescente de 14 años. Actualmente vive con su papá ya que sus padres Susana y Roberto están separados. Inicia un tratamiento psicológico con la Lic. Díaz. Es llevado por Roberto sin que Susana lo sepa. Cabe aclarar que la relación entre Juan Pablo y su mamá es sumamente conflictiva.

Luego de aproximadamente cinco meses Susana se entera del tratamiento iniciado y decide denunciar a la Lic. Díaz por haber infringido el código de ética, en especial aquel artículo que prescribe la obligatoriedad de solicitar el consentimiento de los padres cuando se inicia un tratamiento con menores de edad.

Susana dice en su denuncia: “considero que lo más grave es que nunca fui citada a una entrevista ... hoy mi vínculo con Juan Pablo está totalmente deteriorado, no tenemos momentos sanos” y finalmente en sus alegatos concluye: “la situación planteada sin dudas repercute negativamente y disvaliosamente respecto del contenido de las obligaciones y derechos que me alcanzan conforme nuestro régimen de patria potestad”.

La Lic. Díaz al hacer su descargo presenta copia de un informe que en su momento emitió a pedido de Roberto. En el explica: “Juan Pablo explícitamente solicitó que su madre no supiera de su tratamiento psicológico, por su temor a que esto genere nuevos conflictos, y por ello es que la presente profesional tomó la decisión de no hacer participar todavía a su madre del proceso terapéutico, buscando incorporarla una vez que

Juan Pablo se encuentre en mejores condiciones psicológicas y emocionales, de modo que pueda hacer frente asertiva y funcionalmente a las situaciones conflictivas con su madre”

Luego agrega: “es indispensable retirarlo de las situaciones de violencia psicológica, emocional y verbal a las que frecuentemente se ve expuesto en la convivencia con su madre, puesto que las mismas generan un alto monto de sufrimiento y deterioro en el joven”.

Además dice: “en cuanto al principio de capacidad o autonomía progresiva del hijo, conforme sus características psicofísicas, aptitudes y desarrollo, se dice que: a mayor autonomía, disminuye la representación de los progenitores en el ejercicio de los derechos de los hijos. La capacidad progresiva, que es una capacidad no determinada, sujeta a la evolución de las facultades y madurez de los menores”. La Licenciada además justifica su accionar no solamente a partir del pedido del joven sino también luego de consultar con su supervisora².

Roberto, al ser citado por el Tribunal de Ética declara: “La Lic. Díaz solicitó expresamente mi consentimiento para comenzar el tratamiento con Juan Pablo... que luego de una primer entrevista con Juan Pablo le manifestó que en principio ella consideraba que era una situación compleja, que era conveniente que la madre no se enterara de la terapia pero que lo iba a consultar con otra profesional y ver en definitiva que resolución adoptaba”.

Finalmente el Tribunal de Ética resolvió no hacer lugar a lo denunciado y archivar las actuaciones, entendiendo que la profesional priorizó la salud del niño. “(la licenciada) Puntualmente en este caso se encontró ante una situación en la que debió valorar un conflicto normativo que se plantea entre la primacía del código de ética y la convención de los derechos del niño”

Ponderación:

²La supervisión es un tipo de relación profesional, característica en psicología, que se establece entre al menos dos colegas, donde uno trae su trabajo realizado, para compartirlo en la búsqueda de otra opinión o consejo profesional.

Se considera aquí una predominancia del principio de *autonomía*, por cuanto el conflicto principal se desenvuelve alrededor del consentimiento informado, principal modo de instrumentar, desde lo deontológico, el respeto por la *autonomía* de las personas. Sin embargo también se encuentra en tensión con el principio de *beneficencia* ya que podríamos estar ante una práctica propia del paternalismo al someter a un menor a un tratamiento psicológico, circunstancia en donde además se podría poner en duda su capacidad para tomar esta decisión.

Especificación:

En términos generales, los códigos deontológicos en psicología se manifiestan en torno al consentimiento informado. Cuando se trata de un tratamiento con menores, encontramos en el código de ética de Fe.P.R.A. (2013) lo siguiente:

“1.1. Los psicólogos deben obtener consentimiento informado de aquellas personas con las que trabajan en su práctica profesional. Esta obligación se sustenta en el respeto por la *autonomía*, entendiendo que es válido cuando la persona que lo brinda lo hace voluntariamente, y con capacidad para comprender los alcances de su acto. Ello supone capacidad legal para consentir, libertad de decisión e información suficiente y significativa sobre la práctica de la que participa. La implementación del consentimiento informado, considerado aquí como un proceso, implica su construcción y revisión permanente en función de las características cambiantes y dinámicas de la relación profesional-consultante.

1.2. La obtención del consentimiento informado implica para el profesional psicólogo, brindar información sobre los alcances de la intervención para la cual es solicitado en relación con: a) el propósito y naturaleza de la actividad profesional, b) responsabilidades mutuas, c) protección de la confidencialidad y limitaciones de la misma consignadas en el presente código, d) probables beneficios y riesgos, e) alternativas posibles, f) opción de rehusar o retractarse en cualquier momento.

1.3. La obligación y la responsabilidad de evaluar las condiciones en las cuales el consultante da su consentimiento, incumben al psicólogo responsable de la práctica de que se trate. Esta obligación y esta responsabilidad no son delegables.

1.4. En los casos en los que las personas involucradas no se encuentren en condiciones legales, intelectuales o emocionales de brindar su consentimiento, los psicólogos deberán ocuparse de obtener el mismo de los responsables legales, de acuerdo a las normativas vigentes.”

Es importante aclarar que esta norma busca evitar prácticas “paternalistas” es decir aquellas que no respeten la voluntad del paciente. Particularmente en el caso de tratamientos con menores, adquiere relevancia la obtención del consentimiento por parte de los responsables legales, en tanto que al ser menores no tendrían capacidad legal para tomar a decisión, por ejemplo, de iniciar un tratamiento psicológico. La capacidad para consentir, es fundamental en la instrumentación de este dispositivo, y actualmente es materia de discusión, en especial cuando se trata de respetar los derechos de niños, niñas y adolescentes.

Análisis del caso:

En primer lugar, si consideramos los aportes de la *Psicoética* y los avances en términos del Derecho, el poder de los padres sobre sus hijos, régimen de patria potestad o el actualmente vigente Responsabilidad parental³, no debe tomarse en términos absolutos, sino como aquel que es tendiente a valorar el desarrollo autónomo sobre del niño/adolescente, con los derechos y deberes propios de su capacidad de

³ Ley 26994. Código Civil y Comercial de la Nación: Art. 638.- Responsabilidad parental. Concepto. La responsabilidad parental es el conjunto de deberes y derechos que corresponden a los progenitores sobre la persona y bienes del hijo, para su protección, desarrollo y formación integral mientras sea menor de edad y no se haya emancipado.

autodeterminación, y por lo tanto, con una potencialidad de *autonomía* que no pertenece a los padres sino a otra persona independiente en dignidad, el hijo.

La responsabilidad parental entra entonces en tensión con la *autonomía* que progresivamente va desarrollando Juan Pablo en su tratamiento.

Interesa entonces comprender si estamos ante una decisión autónoma del paciente. Conforme se desprende del informe emitido por la licenciada resultaría que: “Juan Pablo explícitamente solicitó que su madre no supiera de su tratamiento psicológico, por su temor a que esto genere nuevos conflictos”

Siguiendo a Dwyer (2001) esta elección se consideraría autónoma si se da de un modo particular, es decir si es el resultado de una reflexión crítica de sus deseos. Por consiguiente, encontramos que la postura de Juan Pablo de no incluir a su madre en el tratamiento, ha sido sostenida a lo largo de las sesiones. Lo que se desarrolla en concordancia con lo previsto por el código deontológico en cuanto al consentimiento informado, entendiendo que su implementación es un proceso, que implica su construcción y revisión permanente. Estas instancias de revisión, en principio se podrían observar cuando la profesional expresa que tomó la decisión de no hacer participar todavía a su madre del proceso terapéutico, buscando incorporarla una vez que Juan Pablo se encuentre en mejores condiciones psicológicas y emocionales. Esto nos lleva a entender que estaríamos ante un espacio terapéutico permeable a la decisión autónoma del paciente.

Ahora bien, si decimos que es un adolescente y por ello estaría puesta en duda su capacidad para decidir, ¿no correríamos el riesgo de estar frente a una práctica paternalista? Precisamente si el problema de Juan Pablo está fuertemente ligado a la conflictiva con su madre, esta “decisión” de no incluirla, ¿no estaría condicionada por

estos conflictos?¿La Lic. Díaz podría haber optado por otra estrategia terapéutica que no profundice aun más estos conflictos?

Tal como lo menciona Chamarro (2007) en estos casos la *autonomía* individual necesita ser protegida, y en este sentido encontramos que la profesional, en situación de superioridad, tuvo una intervención tendiente a proteger la *autonomía* del paciente. Escuchó el pedido de Juan Pablo, pero a su vez no abandonó el objetivo terapéutico, conforme sus conocimientos profesionales, de considerar la necesidad de construir un vínculo sano con su madre, una vez que el menor se encontrara en mejores condiciones psicológicas y emocionales. La terapeuta dice: “buscando incorporarla (a la madre) una vez que Juan Pablo se encuentre en mejores condiciones psicológicas y emocionales, de modo que pueda hacer frente asertiva y funcionalmente a las situaciones conflictivas con su madre”.

¿Es autentica la decisión de Juan Pablo?

Según lo expresado por la Licenciada, Juan Pablo explícitamente le solicitó que su madre no supiera de su tratamiento psicológico, por su temor a que esto genere nuevos conflictos. Ella por lo tanto decide escuchar la voluntad de Juan Pablo y tomar la decisión de iniciar el tratamiento sin informar a su madre.

De acuerdo con ello, el deseo de Juan Pablo que se traduce en su voluntad, es que no se generen nuevos conflictos, dejando entrever que su anhelo no deja de ser desear vincularse mejor con su madre. Estas situaciones conflictivas podrían considerarse entonces como el motivo de que Juan Pablo “elija” de esta manera y no de otra, reconociendo su temor a que se generen nuevos conflictos, y haciendo suyo este motivo para solicitárselo a la profesional.

De manera esquemática:

- Juan Pablo desea no tener conflictos con su madre (deseo y volición de segundo orden)

- Juan Pablo desea desear tener un buen vínculo con su madre (también deseo de segundo orden)
- Juan Pablo decide no incluir a su madre en el tratamiento.
- Decisión profesional: “no hacer participar todavía a su madre del proceso terapéutico, buscando incorporarla una vez que Juan Pablo se encuentre en mejores condiciones psicológicas y emocionales”

Es posible inferir que no se trata de una decisión auténtica. Es decir no coincide su deseo de segundo orden con la decisión de no incluir a su madre en el tratamiento. La decisión de Juan Pablo es evitar los conflictos con su madre, sin que por ello esto signifique que no desea no desear tener un buen vínculo con su madre.

Posiblemente muy afectado y expuesto a las situaciones de “sufrimiento y deterioro” es que toma esta decisión. Entonces, la profesional hace una lectura que se considera atinada, incorpora el entorno como fuente de motivaciones, vale decir, no lo entendió como una elección aséptica, libre de condicionamientos externos, sino por el contrario expresa: “es indispensable retirarlo de las situaciones de violencia psicológica, emocional y verbal a las que frecuentemente se ve expuesto en la convivencia con su madre, puesto que las mismas generan un alto monto de sufrimiento y deterioro en el joven”.

De esta manera la Licenciada Díaz orienta su intervención a mejorar las condiciones psicológicas para permitir que Juan Pablo tenga, a posteriori, un mejor vínculo con su madre (deseo de segundo orden); “buscando incorporarla (a la madre) una vez que Juan Pablo se encuentre en mejores condiciones psicológicas y emocionales, de modo que pueda hacer frente asertiva y funcionalmente a las situaciones conflictivas con su madre”.

Es posible afirmar, que la profesional reconoce este deseo de segundo orden y si bien decide no incluir a Susana, opta por posponer este objetivo para una etapa

posterior del tratamiento. La terapia psicológica buscaría entonces promover las condiciones para que Juan Pablo pueda decidir de manera auténtica, es decir en consonancia con sus deseos o anhelos.

Desde un punto de vista deontológico, en este procedimiento se tomó la decisión de no considerar el aval de la madre de un menor para iniciar un tratamiento psicológico, en contrario a lo requerido por el código de ética y las prácticas habituales de incluir a ambos padres en el tratamiento de sus hijos. Por lo tanto, es importante analizar si existió o no “independencia procesal”. En este sentido no se observan en el desarrollo del expediente incentivos, información o argumentos que pudieran haber interferido con la decisión de Juan Pablo más que la propia conflictiva vincular con su madre. El consentimiento informado aquí se implementa solamente a través de Roberto, el padre de Juan Pablo, y por ello, se infiere que existe una evaluación de las condiciones y alternativas por la que se toma esta decisión. Además existe una evaluación de la profesional y su supervisora que considera la “capacidad o *autonomía* progresiva del hijo”, conforme sus características psicofísicas, aptitudes y desarrollo, como también de la necesidad de iniciar un tratamiento, al considerar que era “indispensable” abordar las situaciones de violencia psicológica, emocional y verbal a las que era expuesto.

Para concluir se entiende entonces que este caso se dieron las premisas conceptualizadas por Dworkin (1976) para sintetizar el respeto hacia la *autonomía* del paciente, por cuanto el tratamiento psicológico se plantea con el objetivo de promover una decisión auténtica e independiente en el paciente.

Caso 2.

Pedro es hijo de padres separados, tiene 7 años y convive con su madre. En los últimos meses ha manifestado conductas “raras” y por ello su madre ha decidido consultar con la Licenciada Martínez. El motivo manifestado por ella, era la necesidad de elaborar un

psicodiagnóstico para presentar ante la Justicia, ya que sospechaba que el niño había sido víctima de abuso sexual durante la visitas acordadas en el domicilio de su padre.

La Lic. Martínez acepta este requerimiento y aplica en el término de tres sesiones, nueve técnicas diagnósticas. El padre de Pedro, que no estaba enterado de esta situación, decide denunciar a la Licenciada Martínez, entre otros motivos, porque la profesional no le ha solicitado su consentimiento para dicha intervención ni tampoco ha tomado el mínimo recaudo profesional de requerir los antecedentes terapéuticos del niño.

Cabe aclarar que la madre de Pedro, un año antes ya había solicitado la elaboración de un psicodiagnóstico sobre su hijo con una especialista, con el mismo motivo. La profesional concluyo que no existían indicios de abuso sexual.

A su vez, seis meses antes de que interviniera la Licenciada Martínez, Pedro fue sometido nuevamente a un psicodiagnóstico, esta vez a solicitud de su padre. La intervención de esta profesional se extendió por algunos meses, e incluso se superpuso con el psicodiagnóstico que implementó la Licenciada Martínez.

Finalmente y luego de presentarse el informe de la Lic. Martínez ante el trámite judicial en curso, el Juez solicita la elaboración de una pericia a Pedro, a través de su equipo técnico Multidisciplinario, el cual implicó una nueva valoración psicodiagnóstica de Pedro. Este equipo concluyó: “(la madre de Pedro tiende a manipular el régimen de visitas tomando revancha contra el padre... ha manipulado los diagnósticos psicológicos, en el sentido de buscar lo que quiere oír. Parece más interesada en encontrar un abuso sexual que en saber, verdaderamente, que le está pasando internamente a su hijo La Lic. Martínez pese a estos claros rasgos que muestra la madre siguió adelante con su falaz informe...que dado las reiteradas consultas y evaluaciones (algunas superpuestas) a las que ha sido sometido el menor, sería conveniente que el mismo cuente con un tiempo prudencial de reposo psíquico”.

El Tribunal de Ética resolvió por estos motivos admitir el caso, considerando que inició un tratamiento con un menor sin la anuencia de su padre e intervino en superposición con otro colega.

La Licenciada, en su descargo expresa entre otros argumentos, que su actuación fue la realización de un psicodiagnóstico y no un tratamiento. Disquisición no menor, ya que la obligatoriedad de requerir el consentimiento de los padres, es establecido por algunas normativas deontológicas solamente en caso de “tratamiento”, interpretándose por ello al psicodiagnóstico como una etapa preliminar diferenciada, y en tal sentido no abarcado por estos instrumentos legales.

Es importante aclarar que no existe mención alguna en todo el procedimiento sobre la anuencia o rechazo del propio Pedro respecto de esta práctica.

Ponderación:

En este caso se considerará como atraviesa el principio de *autonomía* en la práctica profesional con niños, particularmente se hará énfasis en las falencias en la implementación del consentimiento informado y que comúnmente se describen como prácticas “paternalistas”.

Especificación:

El presente caso se vincula a la instrumentación del consentimiento informado y su correlato en la normativa de los psicólogos

“1.1. Los psicólogos deben obtener consentimiento informado de aquellas personas con las que trabajan en su práctica profesional. Esta obligación se sustenta en el respeto por la *autonomía*, entendiéndolo que es válido cuando la persona que lo brinda lo hace voluntariamente, y con capacidad para comprender los alcances de su acto. Ello supone capacidad legal para

consentir, libertad de decisión e información suficiente y significativa sobre la práctica de la que participa. La implementación del consentimiento informado, considerado aquí como un proceso, implica su construcción y revisión permanente en función de las características cambiantes y dinámicas de la relación profesional-consultante.

1.2. La obtención del consentimiento informado implica para el profesional psicólogo, brindar información sobre los alcances de la intervención para la cual es solicitado en relación con: a) el propósito y naturaleza de la actividad profesional, b) responsabilidades mutuas, c) protección de la confidencialidad y limitaciones de la misma consignadas en el presente código, d) probables beneficios y riesgos, e) alternativas posibles, f) opción de rehusar o retractarse en cualquier momento.

1.3. La obligación y la responsabilidad de evaluar las condiciones en las cuales el consultante da su consentimiento, incumben al psicólogo responsable de la práctica de que se trate. Esta obligación y esta responsabilidad no son delegables.

1.4. En los casos en los que las personas involucradas no se encuentren en condiciones legales, intelectuales o emocionales de brindar su consentimiento, los psicólogos deberán ocuparse de obtener el mismo de los responsables legales, de acuerdo a las normativas vigentes” (Fe.P.R.A. Código de Ética, 2013)

Análisis del caso

Este caso abre la discusión respecto a cuál espíritu de la norma que obliga al profesional a implementar el consentimiento informado en personas donde no existiría capacidad legal para decidir.

Según García y Castilla (2001) la fundamentación ética del consentimiento informado se extiende más allá del respeto por la *autonomía*, encontrando su raíz última en el respeto a la dignidad del ser humano, es decir que el sujeto, no objeto, es fin y no

medio, lo que supone que no se puede decidir por él, ni puede ser manipulado. Las implicaciones tienen que ver fundamentalmente en que se debe evitar cualquier posible manipulación del paciente.

Pedro ha sido perjudicado y/o manipulado por un entorno conflictivo y el rol de la profesional no logró una intervención que evitara nuevas situaciones nocivas en él. También ha sido perjudicada su dignidad, toda vez que el fin del psicodiagnóstico no era conocer qué le pasaba, sino que ocultaba otros fines, es decir, Pedro, fue tomado como medio y no como un fin en sí mismo.

Justamente, si tenemos en cuenta una apreciación consecuencialista de la utilización del consentimiento informado, podemos decir que, si bien se obtuvo la anuencia de la madre de Pedro, el resultado no fue una decisión que respetara su *autonomía*.

Ayuda para ello, pensar al consentimiento informado como una construcción y no como mero trámite. Entendiéndolo como el resultado de consensos, previo al inicio de cualquier intervención profesional.

Por otro lado, es importante referirnos a una de sus premisas fundamentales que no se estaría considerando, la *libertad de decisión*, o dicho de otra manera que ésta no sea tomada bajo presión.

En este sentido, sabemos que Pedro no tenía capacidad legal para consentir, sin embargo, esto no exime a la profesional de evaluar las condiciones en que se estaba llevando a cabo ese procedimiento, y en términos de “asentimiento subjetivo” cuál es el margen de decisión que se le podría haber otorgado.

Esta es una obligación exclusiva que compete a la profesional, según la normativa (art. 1.3) sin embargo no contamos con alguna apreciación al respecto, tanto

respecto a la lectura que podría hacerse de su sintomatología en tanto expresión de individualidad, como de su capacidad psicológica –emocional para decidir.

Siguiendo la propuesta de Dworkin (1976) no se contemplan ningunos de las dos premisas para concluir que estamos ante una decisión autónoma, autenticidad e independencia procedimental. No existe tampoco una indagación profunda ni exhaustiva respecto de las motivaciones que llevan a que la madre de Pedro solicite la intervención profesional, y menos aún se interroga sobre la anuencia del propio Pedro, si existe manipulación, engaño o retención de información relevante.

Ya en términos de *no maleficencia*, se observa una intervención profesional que no logró impedir que se produjera un daño sobre su paciente y mucho menos promover un bien. Para “Pedro” no era conveniente someterse a un nuevo psicodiagnóstico. Sin embargo la profesional, no hizo una evaluación de las condiciones en que se efectuaba ese pedido de intervención como tampoco si se respetó la *autonomía* del paciente. La Licenciada Martínez tenía los instrumentos propios de la formación profesional para evaluar detenidamente la necesidad de iniciar un psicodiagnóstico en un niño de 8 años y no los utilizó. Podría haber evitado un nueva intervención y por el contrario sometió, revictimizó a Pedro, a un derrotero de nueve técnicas diagnósticas, cuando ya había una opinión emitida por otros profesionales al respecto.

Además, este actuar, no contó con un procedimiento claro que permitiera dilucidar que estamos frente a una decisión libre, y por ello se consideraría a esta intervención como un tipo de paternalismo, que si bien tuvo por objetivo proteger al paciente, generó o al menos no pudo evitar un daño.

Siguiendo los criterios de Atienza (1998) existe una conducta profesional que se realiza para obtener un bien (*beneficencia*), en este caso saber, a través de un proceso psicodiagnóstico, qué le pasa a Pedro, con la objeción de que no cuenta con el

consentimiento de uno de sus padres, y menos aún del propio Pedro que sería en definitiva la persona afectada.

Teniendo en cuenta estas condiciones, estaríamos ante un “paternalismo fuerte” ya que implicó la implementación forzosa de numerosas técnicas psicodiagnóstica sin contar con una cabal, consciente y libre decisión del paciente.

Desde el aspecto legal, el caso nos trae también una disquisición profesional respecto a la diferenciación entre psicodiagnóstico y tratamiento como etapas netamente separadas. Esta no es una discusión menor, puesto que tras este argumento se trata de eludir, a partir de las grietas propias de la normativa, el deber de utilizar el consentimiento informado. Si consideramos los aportes de la *bioética* este deber no es soslayable en ninguna etapa de la intervención profesional e incluso si lo equiparamos con las pautas *bioéticas* utilizadas en investigación podríamos entender la real importancia de su utilización, sobre todo en psicodiagnóstico. Es decir, el psicodiagnóstico también es una investigación en la clínica con pacientes, y por lo tanto no queda exenta de las obligaciones y recaudos a tener en cuenta desde un punto de vista ético/bioético.

Para concluir, el caso plantea las vicisitudes de la implementación del consentimiento informado en el ejercicio de la Psicología. Más ampliamente, en relación a las condiciones de vulnerabilidad en la que un paciente debe tomar una decisión y por otro lado la posición de saber/poder en la que se coloca el profesional. Esta asimetría de la relación parece oponerse a la *autonomía* que promueve el consentimiento.

Por ende, se encuentra una concordancia entre la normativa profesional con los postulados de la *bioética*, dado que se establece, de manera explícita, como obligante para el profesional la implementación del consentimiento informado.

No obstante, para esta profesión en particular, no debería tomarse en un sentido utilitario, sino que considerando la situación de asimetría antes aludida, el profesional deberá evaluar de manera muy atenta y cuidada sobre las particularidades o condiciones por las que atraviesa la persona que consulta.

Es sabido que en algunos casos la decisión de emprender un tratamiento psicológico no está libre de condicionamientos externos o internos, sin embargo, esto no exime al profesional de evaluar las condiciones en las que se toma esta determinación. Tal como refiere Hermosilla A. (2010) resulta evidente que el encargado de aplicar la norma es el profesional, posicionándose como evaluador de ese proceso y esa evaluación deberá contener necesariamente la propia interrogación acerca si se ha respetando la *autonomía* del sujeto.

Autonomía y las nuevas prácticas

Caso: Terapia transpersonal

Una persona acerca al Colegio de Psicólogos una publicidad callejera que dice:

“Lic. en Psicología PG – Gestalt transpersonal – Espiritualidad Práctica. CHARLA TALLER “Encontrándome con el servidor de luz que soy” – Nuestro planeta y cada uno de nosotros está siendo llamado a despertar a un nuevo nivel de conciencia. Somos responsables de hacernos cargo de la misión a desempeñar”. TALLER VIVENCIAL ¿Conciencia de abundancia o conciencia de escasez” para todos los que queremos romper con las trabas que nos impiden sentirnos merecedores para poder abrirnos a la abundancia del Universo. Revisaremos nuestra relación con el universo”

Las autoridades en ese momento decidieron asistir el día y hora en que se dictaba el taller con la compañía de un escribano que certificó la realización del curso. Allí se encontraron con la Lic. PG quien luego de un intercambio de opiniones expresó.

“con la charla se busca incluir dentro de los aspectos de la persona humana, el cuerpo, la psiquis y también el aspecto espiritual. Dentro de la concepción holística incluye como un aspecto más, dentro de la infinidad de aspectos que nos conforman como personas, el aspecto transpersonal, espiritual, una fuente interna de sabiduría y amor, que es el elemento básico para el desarrollo y evolución de la persona humana, entendiendo al amor como el amor universal, energía a redescubrir y que la psicología solo hablaba del afecto sin incluir este aspecto, sin decir que la psicología actual lo niegue. La Lic. PG dice que trabaja con el cuerpo físico, con el pensamiento que es la mente, con las emociones y este aspecto sabio. El objeto de la charla taller es una vivencia, no se diserta... se utilizan técnicas de psicoterapia gestáltica, es un taller de autoconocimiento, se pone música, se camina, se pone en contacto con el otro... es para tener una idea de lo que es la fuente interna, en un aspecto de profundización, donde la gente hace su propia autoterapia. La Licenciada a continuación procede a retirarse en razón de que le esperan numerosas personas”

A continuación la autoridad que representa al Colegio deja asentado que

“El contenido de la charla – taller publicitada no tiene ningún aval desde el punto de vista científico, no corresponde a prácticas autorizadas ni es reconocida en ámbitos científicos nacionales”

Otro caso: “terapia de vidas pasadas - Astrología Kármica y psicológica”

“Carlos se presenta ante el Tribunal de Ética para denunciar a un profesional. Adjunta una publicidad de servicios en donde se difundirían servicios no avalados científicamente : “Lic. MM – Terapia de vidas pasadas – Astrología Kármica y psicológica”. A su vez el denunciante documenta el contenido de su página web, donde el Lic. MM expone el testimonio de una de sus pacientes: “sesiones de terapia regresiva: La inducción a estado profundo la hizo llevándome a verme desde arriba, desde abajo, desde los costados, eso me ayudó a sentirme fuera del cuerpo... cuando me llevó a mi nacimiento no percibí nada en especial, solo luz amarilla. Antes de la

concepción, me sentí sin perfil definido, como pisando las nubes, a los saltitos, con alas amarillas brillantes... ¿cómo relaciono esto con mi vida actual? Con el ejercicio no sentí ningún alivio en particular pero lo considero un proceso de comprensión mental que está abriendo espacios interno por donde se hace la luz”

Al ser consultada, la secretaria científica del Colegio se expide diciendo: “La terapia de vidas pasadas – Astrología Kármica y psicológica no constituyen prácticas derivadas de una teoría científica, ya que se basan en supuestos no acordes a la metodología científica – cuantitativas o cualitativas – de comprobación, verificación y contrastación de sus hipótesis teóricas o empíricas. No constituyen conocimientos científicos, ya que la existencia de las vidas pasadas y de la astrología kármica y psicológica pertenecen al orden de las creencias no verificables”.

La Hipnosis

El Tribunal de Ética inicia una actuación de oficio a partir de una publicidad de la que surgiría que la Lic. TB ofrece prácticas tales como: “Hipnotismo disociado” indicando además su página web.

Allí se exploya sobre la fundamentación de su encuadre terapéutico: “La hipnosis utiliza la disociación, esta se define como la capacidad para romper una experiencia global en las partes que la componen, ampliando la conciencia por una parte y disminuyéndola por otras”.

Promesa de estabilidad económica

El Tribunal de Ética decide iniciar una actuación de oficio a partir de la publicidad hecha por el LN que dice: “¿Cómo salir de deudas y estabilizarse económicamente? Talleres personalizados. Lic. LN”

Ponderación

En este caso se optó por elegir a la *autonomía* como eje para analizar las nuevas prácticas en psicología, reconociendo a su vez que este necesario recorte implicará la exclusión de otros ejes importantes, como por ejemplo el principio de *beneficencia*.

Especificación

Al analizar el esquema deontológico de la profesión encontraremos un correlato con los principios bioéticos, en este caso en particular en la norma que establece “Los psicólogos no aplicarán o indicarán técnicas ni teorías psicológicas que no sean avaladas en ámbitos científicos, académicos o profesionales reconocidos” (Fe.P.R.A, 2013, art. 3.3.5.)

Análisis del caso

En primer lugar surge el interrogante principal de la *bioética*, y que se expresa en otras disciplinas vinculadas a la salud como la Medicina, que se relaciona al avance de la ciencia y sus límites, sobre todo cuando se trata de tratamientos experimentales que aún no gozan de reconocimiento científico.

En el caso de la psicología la cuestión es compleja, porque refiere a un determinado estatus, el de “científico” que se encuentra en discusión. Por un lado se reconoce que la preparación de los psicólogos recibida en la “academia”, se encuentra reconocido por la comunidad de profesionales como “científica”. La denominación no es sólo una forma de connotar la formación profesional sino que también trata de un recorte en determinados de conocimientos, prácticas-saberes aceptados y la exclusión de otros que carecen de dicho respaldo. La calificación de “científico” implica un reconocimiento que socialmente se le otorga, imprimiéndole un determinado estatus a las prácticas

avaladas por la comunidad científica, y en tanto connotación positiva es una invitación a adherir a dichos los postulados. De esta manera, se establece la adhesión del conjunto de profesionales a estas técnicas y a su vez “invita” o “incita” al profesional, a modo de obligación moral o “modo de sujeción”, en términos de Foucault, a circunscribir su ejercicio en el marco de la psicología en cuanto a “saber científico”.

El recorte al que referimos no deja de ser, en algunas ocasiones arbitrario, o al menos discutible, ya que líneas teóricas tradicionales de la Psicología como el Psicoanálisis, despiertan aún las más acaloradas controversias en ámbitos científicos/profesionales, cuando es puesto en duda su estatuto epistemológico⁴.

Desde otro punto de vista, la mirada *bioética* al tomar a la *autonomía* como eje, nos aporta una línea de análisis complementaria y muy valiosa.

Dworkin (1976), al respecto rescata a la *autonomía* en tanto noción “posible” como “conveniente”, y de allí la importancia crucial de discutir sobre las diferentes técnicas de control del comportamiento que puedan afectarla.

Los casos referidos en este apartado nos invitan a reflexionar al respecto, dado que se encontró una incidencia significativa de esta problemática en los expedientes. Ejemplos de ellos son: terapias de vidas pasadas, gestalt transpersonal, hipnotismo disociado, entre otros.

Nos preguntamos al modo de Dworkin (1976):

¿Qué querríamos saber acerca de estas técnicas a fin de decidir la cuestión?

⁴ Referido a esta discusión, Soliz Checa Delia y Unzieta Nostas, C. (2003), hacen un análisis de la relación entre el psicoanálisis y la ciencia. El artículo se encuentra disponible en http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-216120030002000006&script=sci_arttext

¿Qué información acerca de sus efectos, nuestras actitudes hacia ellos, los mecanismos causales que explican sus efectos, y demás, deberíamos conocer para realizar juicios razonables acerca de su impacto sobre la autonomía?

En términos generales hay una actitud favorable respecto de aquellas técnicas de influencia que reconocen a los pacientes/consultantes como individuos iguales y soberanos, es decir, aquellas que no menoscaben la habilidad de las personas para reflexionar racionalmente acerca de sus intereses.

En el caso de referencia se encontraron algunas de alusiones al respecto:

“Encontrándome con el servidor de luz que soy”

“Nuestro planeta y cada uno de nosotros está siendo llamado a despertar a un nuevo nivel de conciencia”

“Somos responsables de hacernos cargo de la misión a desempeñar”

“es para tener una idea de lo que es la fuente interna, en un aspecto de profundización, donde la gente hace su propia autoterapia”.

Vale decir, el aspecto preocupante aquí, para la *bioética* es conocer si las técnicas utilizadas invitan al destinatario de este servicio a llevar a adelante un proceso de autoconocimiento que no menoscabe su identidad ni *autonomía*, y sobre todo, si se llega a un estado reversible respecto de su estado inicial.

Lo que importa es saber también cuál es el impacto que tendrá esta técnica sobre nuestra *autonomía*. Corresponde preguntarnos entonces, este nuevo estado al que llegará la persona, “un nuevo nivel de conciencia” ¿Es reversible? ¿El propio agente podrá volver por sí mismo a su estado cognitivo/emocional inicial? Dado nuestro conocimiento de permanente cambio gustos, deseos, nuevos conocimientos y demás, es necesario mantener la posibilidad de revertir nuestro comportamiento. De ello deriva un punto de articulación muy importante en nuestra práctica profesional, la implementación del consentimiento informado. En estas técnicas que podríamos denominar como

emergentes o en proceso de reconocimiento científico/profesional la utilización de este instrumento aparece como necesario y obligatorio.

Fundamentalmente la consigna es valernos de una herramienta que nos permita reconocer si la persona acude voluntariamente a esta dinámica, como también si ha obtenido información relevante y si se encuentra en condiciones cognitivo/emocionales para decidir libremente comenzar una terapia de estas características. ¿Es realmente su deseo participar de estas prácticas? ¿Es un agente activo en este proceso?

Por otro lado, la *bioética* suma a la discusión referida, el argumento sobre discontinuidades que podrían generar en una misma persona y su identidad al plantear influencias en su presente de por ejemplo “vidas pasadas”. Dworkin agrega que “necesitamos mantener una concepción coherente y unificada de nuestra propia identidad”. Por ende, se considera que aquellas nociones que menoscaban nuestra responsabilidad personal con “determinismos” ajenos a la propia historia de vida irían en detrimento de nuestra identidad en un marco de continuidad necesario para el autoconocimiento.

También nos interpela respecto a si prácticas como las “regresiones” o “Hipnosis”, en términos generales, constituyen métodos de influencia que deterioran la habilidad de los individuos para reflexionar racionalmente acerca de sus intereses, y en tal sentido, contrarios al principio de *autonomía*.

Respecto a la publicidad “¿Cómo salir de deudas y estabilizarse económicamente?” se entiende que es una forma de soslayar la verdadera intención del consultante apelando a un engaño ¿el ofrecimiento de este servicio se sustenta en la decisión autónoma de quien consulta? Para ser más claros, quien consulte puede desear querer estabilizarse económicamente o salir de deudas (deseo de segundo orden) pero no identificarse con su voluntad (deseo de primer orden) esto sería disponer de su dinero desenvueltamente, y por ende esta no sería manifestación íntegra de una decisión

verdaderamente autónoma. En cambio una propuesta tendiente a mejorar el vínculo de las personas con el manejo del dinero promovería la participación activa del “agente” para producir dicho cambio; no lo convierten en un receptor pasivo.

Se considera por ello que una propuesta profesional de estas características es cuestionable desde el punto de vista bioético, por cuanto no reconocería en la figura del paciente/consultante a un individuo soberano, desconociendo su habilidad para reflexionar racionalmente acerca de sus intereses.

No maleficencia

Caso: No maleficencia – integridad profesional

Roxana es costurera debido a diversos problemas personales decide iniciar un tratamiento con la Licenciada Rodríguez. Es diagnosticada con “trastorno de ansiedad y problemas de autoestima”. Con el correr de las sesiones la Licenciada Rodríguez le encomienda diversas confecciones, siendo especialmente insistente en sus requerimientos y llamándola a toda hora. Esto lo sintió como una invasión a su intimidad, un acoso. Era tal el nivel de exigencia al que fue sometida que hasta le fijaba los honorarios por los trabajos realizados y en una oportunidad se negó a pagarle aduciendo que las prendas confeccionadas “No servían para nada”. Luego de este episodio Roxana comienza a sufrir ataques de pánico.

Denuncia a la Lic. Rodríguez por ser responsable del retroceso y reincidencia de los síntomas propios de la patología por la cual solicitó asistencia psicológica.

Ponderación:

No maleficencia, tal como referíamos, es primariamente no dañar física o psíquicamente. Claramente en el caso de referencia es notoria la existencia, como

consecuencia de vulnerar este principio, de sufrimiento o daño psíquico en la persona del consultante. La *no maleficencia*, entonces se traduce en la deontología en una función profesional deficiente que traer aparejada estas consecuencias.

Especificación:

Se considera aquí el principio de “integridad” como eje articulador con el ejercicio profesional. Desde una mirada deontológica, este principio se encuentra desarrollado en muchos códigos de ética del país y en Córdoba particularmente se enuncia en los siguientes términos: “(los psicólogos) Se empeñarán en ser sumamente prudentes frente a nociones que degeneren en rotulaciones que devalúen o discriminen. Asimismo, procurarán que sus sistemas de creencias, valores, necesidades y limitaciones, no generen efectos adversos en su trabajo...” (Fe.P.R.A., 2013, principio “D”).

Esta regla remite a situaciones en donde la integridad profesional se encuentra afectada, principalmente cuando se “filtran” los conflictos personales del psicólogo en el espacio terapéutico.

3.1.1. Los psicólogos deberán ser conscientes de la posición asimétrica que ocupan, basándose en los principios éticos y la responsabilidad profesional; absteniéndose de satisfacer intereses personales que pudieran vulnerar los derechos de las personas.

3.1.2. Los psicólogos evitarán establecer relaciones que desvíen o interfieran los objetivos por los que fueran requeridos sus servicios, sean éstas religiosas, políticas, comerciales, etcétera.

3.1.3. Los psicólogos no recibirán otra retribución por su práctica más que sus honorarios. No buscarán otras gratificaciones de índole material o afectiva. (Fe.P.R.A. 2013)

Análisis del caso

En el presente caso, las consecuencias son muy claras. En primer lugar la profesional establece un vínculo comercial con la paciente y de esta manera se desvía de

los objetivos para los que fue requerida. No se abstuvo en este sentido de obtener intereses personales, y por consiguiente, generó un daño en su paciente.

Por otra parte, no mantuvo la distancia que prudentemente debe haber, para que no se “filtren” los problemas personales de la Licenciada en el espacio terapéutico. En este marco relacional, la profesional efectúa una intervención acentuadamente iatrogénica, menoscabando a una paciente con baja autoestima. Le produjo un daño y genera efectos nocivos en ella (ataques de pánico).

Se consigna así una situación paradójica de una persona que busca bienestar y salud en el espacio de atención psicológica, encontrando una intromisión nociva en su vida que no era buscada.

Como decíamos, el problema del vínculo profesional-destinatario de los servicios de salud se hace palmario aquí debido una excesiva intromisión e indiferenciación de espacios (profesional-personal) que posibilita que se “filtren” las creencias, necesidades o limitaciones del profesional.

En términos propios del quehacer psicológico estaríamos hablando de la necesaria “distancia operativa” que debe existir entre profesional – paciente. Esto quiere decir que el espacio virtual que tiene que existir entre ellos no resulte invadido por propios contenidos emocionales del profesional.

Podemos ver así, lo que en el caso de referencia se expresa en una relación de tipo *simbiótica* entre paciente y psicóloga: *“Con el correr de las sesiones la Licenciada Rodríguez le encomienda diversas confecciones, siendo especialmente insistente en sus requerimientos y llamándola a toda hora. Esto lo sintió como una invasión a su intimidad, un acoso”*

Se considera aquí relevante entonces a la integridad profesional como eje articulador entre la *no maleficencia* y la deontología, por cuanto propone un cuidado especial en el quehacer psicológico y en el profesional para procurar que no se generen efectos adversos en su trabajo. Surgen para ello recomendaciones particulares de la profesión que se refieren, no solo a la actualización permanente o a la formación profesional, sino también, a nivel personal, a la consulta con otros colegas, la supervisión de casos y la psicoterapia particular como medida preventiva.

Caso: No maleficencia – Secreto profesional

La Licenciada Ochoa recibe en su consultorio a Estela. Trae a consulta a su hija, de cuyo padre, Raúl, se encuentra separada. Refiere que la niña manifiesta conductas extrañas cuando vuelve de la casa de su padre. La Licenciada mantiene entrevista con ambos padres y con la niña y advierte signos de abuso sexual. Al profundizar en las entrevistas con su padre observa datos llamativos que llevarían a sospechar de este último. Decide elaborar un informe transcribiendo datos de manera detallada de las entrevistas llevadas a cabo y presentarlo a modo de denuncia ante la justicia. Raúl decide denunciarla ante el Tribunal de Ética por violar el secreto profesional. La Licenciada Ochoa aduce en su descargo: “La suscripta entiende que ha existido “justa causa” por cuanto se pretendía proteger los derechos esenciales de la niña, quien a mi entender era víctima de abusos sexuales producidos en el ámbito familiar”

Ponderación:

Se pondera la *no maleficencia* sobre otros principios, debido a que, mediando la violación al secreto profesional, se considerará en su análisis la procuración de un daño que afectaría a la dignidad de la personas.

Especificación:

Se utilizará aquí a una norma fundamental de la psicología que expresa su deber y excepciones:

2.1. Los psicólogos tienen el deber de guardar secreto asegurando así la confidencialidad de todo conocimiento obtenido en el ejercicio de la profesión. Este deber hace a la esencia misma de la profesión, responde al bien común protege la seguridad y la dignidad de los consultantes, sus familias y comunidades, y resguarda los intereses de las personas a quienes ofrecen sus servicios, cualquiera sea el ámbito profesional de desempeño.

2.2. Los informes escritos o verbales sobre personas, instituciones o grupos, deberán excluir aquellos antecedentes entregados al amparo del secreto profesional y ellos se proporcionarán sólo en los casos necesarios cuando, - según estricto criterio del profesional interviniente- constituyan elementos ineludibles para configurar el informe; en el caso de que puedan trascender a organismos donde no sea posible cautelar la privacidad, deberán adoptarse las precauciones necesarias para no generar perjuicios a las personas involucradas.

2.8. Límites del Secreto Profesional

2.8.1. Los psicólogos podrán comunicar información obtenida a través de su ejercicio profesional sin incurrir en violación del secreto profesional, en las siguientes situaciones:

2.8.1.1. Cuando así lo exija el bien del propio consultante, debido a que éste, por causas de su estado, presumiblemente pudiera causarse un daño o causarlo a otros.

2.8.1.2.- cuando se trate de evitar la comisión de un delito o prevenir los daños que pudieran derivar del mismo. (Fe.P.R.A. 2013)

Análisis del caso

Aquí se observa una situación que sitúa a la profesional en un escenario dilemático, que concluye en una opción por el “mal menor”. Es decir, desde punto de vista de la *No maleficencia* la Licenciada opta por realizar un daño, en este caso violar el secreto profesional al presentar una denuncia ante la *justicia*. El sentido de esta decisión claramente es evitar que se desencadene una acción lesiva (abuso sexual) contra un menor de edad.

El eje articulador en disyuntiva son los “límites del secreto profesional” o “justa causa” señalada en los códigos deontológicos como la excepción al secreto profesional, por ejemplo “cuando se trate de evitar la comisión de un delito o prevenir los daños que pudieran derivar del mismo”. Pero aludiendo quizás a la *No maleficencia* o a un deber análogo de no causar un daño en el consultante, existe una aclaración: “la información que se comunique debe ser la estrictamente necesaria, procurando que sea recibida por personas competentes y capaces de preservar la confidencialidad dentro de límites deseables”.

Así, en el caso de referencia, el Tribunal de Ética consideró en la etapa resolutoria que la Licenciada al informar datos transcritos de manera detallada no obró con la prudencia requerida, en cuanto al resguardo de la intimidad del paciente, aún cuando el fin era tratar de evitar un mal mayor. Es decir, su deber era denunciar, empero no excediéndose al suministrar información innecesaria a terceros.

¿Cómo debería haber actuado la profesional?

Sin duda, desde una mirada *bioética*, aquí se obró priorizando la integridad de una niña, que se encontraba en riesgo, debiendo resolverse su situación a la brevedad. En contraposición se encuentra el derecho del paciente (el padre) a que se respete su intimidad. El primer bien es claramente superior, por lo cual, podríamos decir que la

Licenciada obró adecuadamente. La discusión se centra en este caso en sí podría haber menguado el daño a la intimidad simplemente exponiendo una situación que se circunscribiera al supuesto delito en cuestión, evitando así derivar en detalles innecesarios. Sin embargo, resulta una disquisición secundaria, si se trata de confrontar Vida/integridad vs. Intimidad/privacidad.

Caso: No maleficencia – cuidados en la devolución de la información

Ricardo se presenta como postulante a un proceso de selección en una empresa aseguradora. Luego de finalizar una primera etapa fue citado por la Entidad para realizar una entrevista psicotécnica con el Lic. Fernández. En esa circunstancia fue interrogado sobre su historia de vida, sin profundizar demasiado sobre su curriculum vitae. Luego el profesional le indicó responder diversos test proyectivos. Antes de finalizar el encuentro le planteo: “seguramente saldrán aspectos del plano inconsciente que de ninguna manera serán informados al empleador”. A continuación dijo que “acostumbraba realizar las devoluciones de las entrevistas por teléfono”

Así Ricardo se comunicó telefónicamente con el Licenciado para recibir la devolución; éste le expreso: “Que tal como estaban planteadas las cosas, era muy difícil o imposible de que pudiera ejercer las tareas que le habían sido planteadas. Agregó de inmediato que cuestiones de organicidad especialmente en relación a sus problemas renales llevaban a dejar dudas y señalamientos sobre su psiquismo” (Ricardo le había expresado en la entrevista anterior que asistiría a una consulta médica con el Nefrólogo)

A los pocos días le informan desde la empresa que resolvió desistir de su incorporación.

Ricardo decide presentar una denuncia en contra del Lic. Fernández. En su presentación expone: “que esta situación me provocó un gran estado de angustia y desolación, que la devolución telefónica que él me efectuó fue una agresión no buscada ni

solicitada, y que lo viví como una invasión a mi persona y que la misma excedió a la entrevista en sí”.

Ponderación:

Se hace énfasis aquí sobre los efectos nocivos que innecesariamente se generan en la práctica profesional, precisamente, donde debiera existir un espacio saludable, se causa sufrimiento psíquico, y por ello la *“no maleficencia”* como el principio que atraviesa este aspecto del ejercicio de la Psicología.

Especificación:

Principalmente operaría aquí el precepto por el cual el psicólogo debe ser muy prudente en la devolución de la información, en un proceso psicodiagnóstico. Normativamente esto se expresa así: “Los informes escritos o verbales sobre personas, instituciones o grupos, deberán excluir aquellos antecedentes entregados al amparo del secreto profesional y ellos se proporcionarán sólo en los casos necesarios cuando -según estricto criterio del profesional interviniente- constituyan elementos ineludibles para configurar el informe; en el caso de que puedan trascender a organismos donde no sea posible cautelar la privacidad, deberán adoptarse las precauciones necesarias para no generar perjuicios a las personas involucradas.

Análisis del caso

Se observa a un profesional que realiza una evaluación para fines laborales, aplicando técnicas proyectivas con análisis de aspectos conscientes e inconscientes de la personalidad, para luego realizar una devolución telefónica.

Más allá del resultado de la misma, nos encontramos con el relato del consultante, quien vivenció este proceso con *“gran estado de angustia y desolación”*, en palabras de Ricardo *“la devolución telefónica que él le efectuó fue una agresión no buscada ni solicitada, y que lo vivió como una invasión a su persona”*. En este sentido la intromisión en estratos profundos del psiquismo cuando no existe un propósito explícito

por parte del postulante a un trabajo en un proceso de selección, es el principal aspecto vinculado a la *No maleficencia* que se manifiesta aquí. Es decir, el postulante lo vive como una agresión. Más aun si luego se encuentra con una devolución técnicamente deficiente y discutible. Por otro lado se establece una excesiva distancia, con devoluciones telefónicas, que evaden el contacto directo con el postulante. De ello, derivaron consecuencias negativas, y por consiguiente se violentó el deber del profesional en cuanto a no generar un perjuicio - causar daño al destinatario de su servicio.

Se entiende a este procedimiento, como un “acto de poder”, en tanto que su conclusión diagnóstica implica la definición del futuro, en este caso laboral, de una persona en base a criterios discutibles.

Subyacen en la evaluación presupuestos taxativos sobre los constructos capacidad/salud/enfermedad, “según el profesional, *era muy difícil o imposible de que pudiera ejercer las tareas que le habían sido planteadas...* y deriva de ellos la desacreditación de una persona: “*esta situación me provocó un gran estado de angustia y desolación*”.

En términos de *no maleficencia*, se considera que una intervención ajustada a los requerimientos de una empresa pero que su vez reconozca la implicación ética de la tarea en cuestión, tendría que poner el acento en no menoscabar la autoimagen de la persona como también en reflexionar sobre los alcances y límites de las conclusiones a las que se arriban y los intereses que subyacen a las calificaciones utilizadas.

Justicia

Caso: “José”

Un anciano de 87 años, “José”, hace seis meses que enviudó. Actualmente vive solo en la casa que les otorgara en su momento el ministerio de la Solidaridad en comodato, a través del programa “vivienda solidaria”. Vive allí hace 20 años, para acceder

a la vivienda el programa establece como requisito que sus beneficiarios carezcan de vivienda propia, tengan ingresos mínimos, autovalidez física y psíquica.

José se presenta espontáneamente en sede del Colegio de Psicólogos y deja una nota manuscrita denunciando el proceder de la Licenciada “Benítez”. En ella expresa, que la profesional con la anuencia de su hijo intenta desalojarlo de la casa que habita. Dice:

“Hago esta denuncia contra la Licenciada Benítez por su mala actuación contra mi persona... solicito con dicha licenciada un careo personalmente para explicar mi caso que afectó mi persona y honor de jubilado... acompaño una carta que ella escribió en donde me deja terriblemente como persona inútil para la sociedad y para mi mismo...”

A continuación adjunta una copia de nota firmada por la Lic. Benítez que dice:

“el Sr. EM hijo de Don José autoriza a la Lic. Benítez encargada del programa de viviendas solidarias dependiente del Ministerio de la Solidaridad a tramitar y supervisar el egreso definitivo del titular de la vivienda, ya que el mismo se encuentra internado en geriátrico psiquiátrico de la ciudad con diagnóstico de demencia senil progresiva, cuadro crónico que imposibilitaría el reingreso al sistema de viviendas de estos barrios...”

A su vez el denunciante adjunta certificado emitido por la psiquiatra del geriátrico que contradice dicho diagnóstico:

“Dejo constancia que el Sr. José se halla internado en esta institución para tratamiento de un síndrome de depresión a raíz de la muerte de su esposa hace aproximadamente 6 meses. Presenta buena respuesta al tratamiento, no ha tenido episodios de excitación psicomotriz ni otro trastorno de conducta. No presenta alteraciones sensorio-perceptivas, ni ideación delirante, ni ideas tanáticas. El mismo está en condiciones de alta institucional con controles periódicos ambulatorios”

Al respecto, en su descargo la Licenciada dice:

“Desde mediados del año anterior se comienzan a recibir en su oficina distintos planteos y quejas de vecinos del barrio a raíz de situaciones conflictivas en el domicilio del denunciante, quejas por gritos, olores que emanan de la vivienda, su higiene, necesidad de prestarles asistencia, etc. Así comienzan a advertir las limitaciones del denunciante para cumplir el requisito de autovalidez para conseguir en el plan”

“... que en el mes de enero, concurrió personalmente verificando que el Sr. José se encontraba en estado de agitación, angustia, llantos, y pérdida de control de esfínteres. Se trataba de una situación pública pues los vecinos habían acudido a auxiliarlo... ante ese cuadro solicité que sea valorado por un médico psiquiatra, quien al examinar el paciente decidió ordenar su internación”

“... a los pocos días de ello, se presentó su hijo, y en presencia de la Jefa del Plan de Viviendas Solidarias, se formuló una llamada telefónica a la institución donde el denunciante estaba internado a los fines de evaluar su situación, recibiendo como contestación que su estado era compatible con una demencia senil progresiva... ante tal información el pariente más cercano del denunciante, dada su internación y perspectivas que el valoró, comunicó el hijo su autorización expresa a disponer que se desocupe la casa que ocupaba su padre... de conformidad con el plan, sus autoridades resolvieron disponer de la vivienda y asignarle el comodato a otro solicitante”

Finalmente el Tribunal de Ética decide sancionar a la licenciada Benítez,

En sus consideraciones, el Tribunal expresa que:

“la situación del denunciante confirma que con una intervención precoz y adecuada se hubiese evitado el sufrimiento y la situación de riesgos la que estuvo expuesto el Sr. José... este hecho es la conclusión de un proceso que se había desencadenado mucho antes; con la muerte de la esposa del denunciante y que fue agravándose...la responsabilidad de la Licenciada en

los hechos es mayor dado que como profesional de la psicología no podía ignorar la gravedad del cuadro que presentaba el Sr. José al momento de su internación y aún antes de la misma, por lo que la demora en su accionar puso en riesgo la salud del denunciante”

Ponderación

El principio de *justicia* emergería preeminentemente, puesto que se trataría de una situación de discriminación. Si bien existen elementos importantes que permitirían revisar el caso desde los principios *beneficencia/no maleficencia* y *autonomía*, se tomará la consideración expuesta en el marco teórico en cuanto a que prima facie no se trataría de una atención en salud “justa” ni de una relación interpersonal que lleve a José a tener una “vida lograda”.

Especificación

En cuanto a la especificación encontramos una interpelación al proceder de la profesional por aspectos técnicos y éticos. En cuanto a los primeros, mencionaremos brevemente la emisión de un informe sin haber constatado personalmente la información allí expuesta. Pero esto devela una cuestión más profunda que tiene que ver con la relación con el paciente o beneficiario de los servicios profesionales.

Claramente no había un vínculo de confianza establecido lo que seguramente resultó en una decisión profesional malograda.

En cuanto al plano ético, principalmente encontramos la referencia a su responsabilidad profesional de no percibir estos aspectos interferentes de la relación con José y cómo ellos seguramente perjudicaron su salud.

Análisis del caso

El principio de *justicia*, que tomamos preponderantemente aquí, nos insta a pensar sobre una distribución equitativa en cuanto a costes/beneficios. Sin duda, la profesional y su equipo intervinieron siguiendo de manera manifiesta la siguiente premisa: ¿Es justo o equitativo otorgar una vivienda a una persona de 87 años, con

problemas probablemente irreversibles en su salud, autovalidez e inserción social cuando hay otras personas o familias que comparten la misma necesidad y puedan hacer un uso más razonable de dicho beneficio? En un nivel subyacente encontramos sin embargo fallas en el vínculo con el beneficiario que conllevaron una decisión errada.

La denunciada adjunta un informe realizado por la trabajadora social y la jefa de departamento redactado por esos días:

“Estaría en condiciones, desde el punto de vista médico de ser dado de alta... al enterarse la comisión de vecinos de la posibilidad de alta médica la misma pide expresamente la no reincorporación del mismo a la vivienda, a raíz del problema que implica esto para los vecinos que se ven afectados al tener que acudir permanentemente a asistirlo... a raíz de la demanda intensa de viviendas debido a la crisis económica, el equipo técnico debe ir ingresando a los nuevos matrimonios inscriptos que esperan adjudicación desde hace tres años aproximadamente, lo cual hace imposible la reubicación del Sr José en la vivienda que ocupaba en comodato con su esposa desde el año 1980” (fs. 30)

Si bien queda expresado en el informe de referencia que el Sr. José, a criterio del equipo de profesionales interviniente, no cumpliría con los requisitos para permanecer en la vivienda, sobre todo el referido a la “autovalidez” se evidenciaría aquí predominantemente un argumento de “costes/beneficios” o “recursos/servicios prestados” dado que atendiendo la “crisis económica” y las “personas en espera” no era posible devolverle al Sr. José lo que le correspondía.

En dicho informe se menciona la existencia de una apoderada que “*comunica telefónicamente la decisión de llevarse al Sr. José a vivir con ella*”, de lo que trata el principio de *Justicia* es primordialmente de una distribución equitativa de los beneficios, más que el mero análisis de costes/beneficios, es decir, ¿El Sr. José merecía volver a la casa en la había vivido en los último 20 años?

El argumento esgrimido por la profesional, vincula la decisión a un criterio de “distribución de recursos” o podría decirse de utilidad pública de los recursos disponibles. Priorizó un criterio exclusivamente económico procediendo contra la voluntad del beneficiario.

Desde la *bioética* se propone una manera de superar el criterio de “ecuanimidad” que no actúa con *beneficencia* ni ayuda al otro a conseguir una vida lograda.

Más específicamente desde la *Ética del cuidado*, es posible incorporar en el quehacer profesional otros aspectos superadores al mero respeto por las reglas derivadas del principio de *Justicia*. La propuesta hace énfasis en considerar las particularidades del individuo, interviniendo en el sentimiento y preocupación de la situación desde el mundo vivencial, afectivo y emocional.

Por ello, aún cuando podamos concluir que la decisión de la Licenciada haya sido justa e imparcial, desde esta concepción de la *bioética*, existen faltas que tienen que ver con la excesiva distancia que toma la profesional y el equipo interviniente respecto al conflicto moral que esta elección implica.

Por supuesto, esta posición se apoya en una mayor exigencia de compromiso con el otro y a su vez, consecuentemente en una mayor “responsabilidad profesional”, desde un punto de vista deontológico.

Se entiende que desde una *Ética del cuidado*, la cuestión a resolver no tendría solamente en consideración el criterio más ecuánime para el otorgamiento de una vivienda, sino cómo intervenir para que José se sienta mejor consigo mismo y su entorno. A partir de ello, se abre un abanico de intervenciones diferente.

Como podrá observarse lo que motiva a José a hacer la denuncia al Tribunal de Ética, es su sentimiento de que el actuar de la Licenciada Benítez lo afectó en su honor y el

sentirse “inútil” para la sociedad y para sí mismo. Con ello se quiere señalar, que la falta a la que alude seguramente tiene que ver con su cambio de vivienda, pero más aun, a la cuestión vivencial ya que refiere con particular énfasis en cómo este procedimiento “afectó” su honor.

Por otro lado, nos encontramos con un aspecto no abarcado por el proceso en sí. Se trata la transgresión de un principio fundamental que es el respeto a la dignidad y el valor de las personas.

Ya que en palabras del denunciante *“para explicar mi caso que afectó mi persona y honor de jubilado... acompañó una carta que ella escribió en donde me deja terriblemente como persona inútil para la sociedad y para mí mismo”*

El deber de escuchar al paciente alude al respeto por la dignidad de las personas, a que se respete su voluntad, en tanto hombre “como fin” y no un mero número u objetivo de tipo técnico/económico de “reubicación”. El reclamo de ser escuchado por parte de José se deja entrever en su denuncia: *“solicito con dicha licenciada un careo personalmente para explicar mi caso”*.

Seguidamente, otra cuestión que surge es obviamente en qué condiciones se encuentra José para poder decidir sobre aspectos muy importantes relacionados a su salud y vida cotidiana.

Al respecto hay opiniones divergentes, por parte de la profesional del programa de viviendas “con diagnóstico de demencia senil progresiva, cuadro crónico que imposibilitaría el reingreso al sistema de viviendas” y por parte de la psiquiatra del geriátrico “síndrome de depresión a raíz de la muerte de su esposa hace aproximadamente 6 meses. Presenta buena respuesta al tratamiento, no ha tenido episodios de excitación psicomotriz ni otro trastorno de conducta. No presenta alteraciones sensorio-perceptivas, ni ideación delirante, ni ideas tanáticas. El mismo está en condiciones de alta institucional”.

No debemos olvidar que el proceder de la profesional se inscribe en un trabajo institucional mediado por un proceso reglamentado que establece el requisito de autovalidez para continuar recibiendo el beneficio. Este aspecto, muestra disímiles consideraciones y sin embargo es una noción fundamental que permitiría una conclusión más cercana a los intereses y necesidades de la persona, vale decir, conociendo más de cerca a José podríamos advertir cuál sería la mejor medida para su futuro.

Otro punto a considerar es el deber de procurar una continuidad de la atención y la sostenibilidad de las prestaciones que se ofrecen. Si bien se ha podido verificar en el expediente respecto de la existencia de una apoderada que se haría cargo de alojar a José en su vivienda, encontramos un punto de confluencia en los principios bioéticos y la normativa deontológica que se refiere al deber profesional de garantizar la asistencia al paciente más allá de la gravedad, cronicidad e incurabilidad del cuadro que se trate. Es decir no puede aducir el profesional que por dichas razones va a privar al paciente de la asistencia adecuada.

Sin dudas, la intervención de esta profesional se encuentra atravesada por una multiplicidad de variables institucionales, sociales y de formación.

Siguiendo los lineamientos de França Tarragó (2012) en nuestra sociedad, lo que muere - inútil – regresivo – irreversible - débil es asociado con lo anciano; mientras que lo que vive – útil – progresivo – modificable –fuerte es asociado con lo joven y por lo tanto con lo que vale la pena reforzar. Seguramente en la decisión profesional que desencadenó el desalojo de José a sus 87, sin contar con su anuencia, nos encontramos con un procedimiento ejecutado por profesionales legitimados socialmente, utilizando categorías nosológicas avaladas por la comunidad científica (*diagnóstico de demencia senil progresiva, cuadro crónico que imposibilitaría el reingreso al sistema de viviendas*) que habilitan la exclusión de cierto sector de nuestra sociedad por considerarlo “anciano” y por lo tanto inútil-regresivo-irreversible. José lo explica claramente en su denuncia “acompañó una carta que ella escribió en donde me deja terriblemente como persona inútil para la sociedad y para mí mismo”.

La formación profesional también tiene injerencia en ello, ya que posturas teóricas como la Freudiana han reforzado estos prejuicios sociales llegando a la conclusión de que los ancianos “no son más educables”. En el plano de lo expuesto, el aporte de la *bioética* al quehacer psicológico plantea el respeto a la dignidad de los ancianos como cualquier otro ciudadano, el respeto por su *autonomía* y derecho a decidir y la distribución justa de recursos para atenderlo.

DISCUSIÓN

El Presente trabajo se centró en analizar casos seleccionados que sintetizaron lo que se entiende son los problemas bioéticos actuales de la psicología. El criterio de selección utilizado procuró exponer aquellas controversias más representativas que condensaran las conductas típicamente denunciadas.

Sin embargo, no es posible inferir el alcance de estos problemas en el conjunto de los casos, dado que se escogió una técnica de tipo cualitativa. Es decir, un estudio estadístico que dé cuenta cuánto representan los *problemas bioéticos* respecto de las denuncias presentadas nos permitiría conocer la dimensión de estas problemáticas en el ejercicio de la profesión.

Por otra parte, el universo de casos examinado (expedientes del Tribunal de Ética) excluiría los problemas bioéticos que no son parte de cuestionamientos deontológicos, a saber, un sinnúmero de situaciones a las que eventualmente se enfrentan los profesionales y pacientes, en hospitales, consultorios, comunidades, y que no emergerían aquí como problemáticas observables. Esto debido al límite que nos impone la técnica de análisis documental y a su vez, lo que se considera es aún la incipiente mirada bioética en la profesión.

Sin duda también, la perspectiva deontológica de la bioética excluye a las singularidades de cada caso, en tanto que existen intervenciones que atañen meramente a la *clínica* y que escapan a lo establecido por la normativa. En otras palabras, el actuar del profesional provoca reacciones diversas en las personas, conforme a la compleja trama psicológica que las atraviesan y que ineludiblemente no se abarcan en el presente estudio de casos.

CONCLUSIONES

Al analizar el desarrollo del presente trabajo y particularmente a tenor del problema planteado, es posible hallar una serie de coincidencias, tensiones y contradicciones parciales vinculadas a la relación entre la bioética y el ejercicio profesional de la psicología. La metodología utilizada ha sido de carácter inductivo, con subsunción de lo fáctico a lo normativo, teniendo como criterio de análisis una mirada holística e integradora de las problemáticas en consideración.

En relación con los principios Autonomía y Beneficencia

Inicialmente, se ha encontrado que el principio de *Autonomía* pone en tensión, es decir interpela, algunas prácticas de esta profesión. Asimismo, el principio de beneficencia discurre sobre aquellas prácticas en donde se presentan dificultades para viabilizar una decisión autónoma del paciente.

Por un lado, en cuanto a la implementación del Consentimiento Informado en niñas, niños y adolescentes. Por el otro en relación con los recaudos que debe tomar el profesional para evitar un actuar cuestionable derivado del principio de beneficencia: el paternalismo.

En uno de los casos analizados se emplea el consentimiento informado, sin embargo no se infiere una verdadera inquietud por respetar la autonomía del paciente. El problema bioético aparece, entonces, en la evaluación que debe hacer el profesional respecto de la capacidad del paciente para prestar su anuencia como de las presiones externas que se puedan estar ejerciendo. Todo ello con el fin de evitar una práctica de tipo paternalista, es decir una actuación que soslaye la decisión del paciente.

Como decíamos, en referencia a las condiciones de vulnerabilidad en la que un paciente debe tomar una decisión y la posición de saber/poder en la que se coloca el

profesional, se genera una contradicción entre el principio bioético y su instrumentación en la práctica profesional del psicólogo.

En este sentido, si bien existe una concordancia en términos explícitos con la normativa profesional, ya que este proceder se encuentra expresamente incluido en el código de ética de los psicólogos, se entiende que aún existe en la práctica profesional un desajuste o disociación entre el instrumento empleado (consentimiento informado) y el principio que lo fundamenta (autonomía).

Asimismo se hallaron intervenciones profesionales que lograron concretar el respeto por la autonomía del paciente y la práctica psicológica con niñas, niños y adolescentes. También cierta controversia respecto de la necesidad de utilizar el consentimiento informado en el psicodiagnóstico. Concluyentemente, la bioética exige a la profesión que la autonomía del paciente se considere en cualquier etapa de la intervención del psicólogo, tanto en momentos preliminares, como en el psicodiagnóstico, como en fases posteriores como el tratamiento propiamente dicho.

Recapitulando, la bioética efectúa un aporte fundamental, ya que resulta una fuente de importantes desarrollos teóricos que fundamentan la implementación del consentimiento informado como instrumento para consolidar el respeto por la autonomía de los pacientes. En tanto búsqueda de decisión auténtica e independiente de los pacientes, la bioética colabora en un mayor ajuste entre la norma y el ejercicio profesional.

En otro orden de análisis, podemos aseverar también que el principio de Autonomía agrega un elemento muy significativo a considerar en el análisis y reconocimiento científico/profesional de las llamadas *prácticas emergentes* de la profesión.

Resultará entonces un *problema bioético* si entendemos que aquellas nuevas terapias llevan adelante un proceso que afecta de modo fundamental la identidad y autonomía del consultante y/o conlleva el advenimiento de un estado irreversible en el

paciente respecto de su estado inicial. Asimismo, también lo serán aquellas nociones que menoscaben la responsabilidad personal de quien consulta con *determinismos* ajenos a su propia historia de vida o generen discontinuidades intensas en la identidad de la persona.

De esta manera la bioética acompaña a la psicología incorporando criterios, como la preocupación por la autonomía y los métodos que la afectan, en los procesos de reconocimiento de las prácticas emergentes que se dan al interior de la profesión.

En alusión al principio de No Maleficencia

Con respecto a este principio bioético y su relación con el quehacer psicológico, encontramos el principio de “integridad” como eje articulador entre ambos campos.

También es posible vincular la aplicación de este precepto al deber de no abandono como del mismo modo en términos de responsabilidad profesional, el cuidado de no incurrir en impericia, imprudencia o negligencia.

Es notorio que en la generalidad de los cuestionamientos éticos considerados, existen contrariedades en el vínculo profesional-destinatario de los servicios y la consecuente derivación en un perjuicio para el paciente. A veces, debido una excesiva intromisión e indiferenciación de espacios (profesional-personal) que posibilita que se “filtren” los problemas personales del profesional (creencias, necesidades o limitaciones), otras veces debido a excesiva distancia.

La integridad profesional propone entonces un cuidado especial en la labor para procurar que no se generen efectos adversos en sus destinatarios, se menciona entre ellas la actualización permanente o a la formación profesional, la consulta con otros colegas, la supervisión de casos y la psicoterapia particular como medida preventiva y protectora.

Resulta por lo tanto, cuestionable, desde el punto de vista de la *no maleficencia*, el quebrantar la debida *distancia operativa* entre profesional – paciente, en términos de que este espacio no resulte contaminado por los propios contenidos emocionales del profesional.

La no maleficencia aporta, por otro lado, un criterio de valor en premisas deontológicas sustanciales de la psicología como son los límites del secreto profesional y los cuidados en la devolución de la información.

Concretamente, fue posible analizar intervenciones profesionales en la oportunidad del levantamiento del secreto profesional y su correlato en tanto problema bioético. Conforme a ello, se entiende que la bioética acompaña e interpela al ejercicio de la profesión reconociendo a la violación del secreto profesional como la producción de un daño y a su vez su confrontación con otros valores en juego, sobre todo cuando existe lo que en deontología se conoce como *justa causa*. Se sopesaron entonces estos aportes de ambos campos como también aquellas medidas que al profesional le corresponde tomar para menguar esta lesión a la intimidad del paciente.

En prácticas tales como la evaluación psicológica o entrevistas de selección, la vivencia expresada como "*intromisión*" en estratos profundos del psiquismo sin contar con la anuencia expresa del destinatario, es el principal aspecto vinculado a la No maleficencia analizado aquí. También esto es manifiesto en *devoluciones* que menoscaban la autoimagen del postulante, como en apreciaciones profesionales que no mesuran sus alcances y límites. Esto conduce a una interpelación a reflexionar sobre los intereses que subyacen a algunos constructos referidos a la capacidad/salud/enfermedad de las personas y que justifican determinados procedimientos en la profesión.

En cuanto al principio de Justicia

Inicialmente se hallaron puntos de concordancia entre los principios bioéticos y la normativa deontológica que se refieren al deber profesional de garantizar la asistencia al paciente más allá de la gravedad, cronicidad e incurabilidad del cuadro que se trate.

No obstante, se encontraron intervenciones profesionales que evidenciaron una contradicción parcial entre los presupuestos básicos de ecuanimidad y el postulado deontológico de respeto por la dignidad de las personas. Es decir, que si bien un profesional puede aplicar correctamente el principio bioético, puede también a su vez incurrir en una falta a la ética profesional.

Conceptos novedosos como los propuestos por la *Ética del cuidado* nacidos como contraste a las reglas de “ecuanimidad” o “imparcialidad”, configuran un marco conceptual/ético que ensambla bioética y deontología, principalmente cuando promueve *acciones de cuidado* que se asientan en las particularidades del individuo, actuando en el sentimiento y preocupación de la situación, desde lo vivencial, afectivo y emocional.

Es una premisa fundamental que complementaría un modo de intervención justa, ecuánime y su vez más cercana a los intereses y necesidades de las personas.

Para concluir

Se encontraron problemas bioéticos en el ejercicio profesional de la psicología. Los mismos se cristalizaron en coincidencias y contradicciones parciales con la normativa de los psicólogos, que tensionaron los principios fundamentales de ambos campos. La triangulación con la casuística, permitió, a su vez, una nueva lectura de los problemas expuestos como de las normas que los tipifican.

En términos generales, tanto en la normativa como en los procesos disciplinarios se encontraron menciones explícitas sobre un dispositivo derivado del principio de autonomía, como es la implementación del consentimiento informado, el que, aun con falencias, se aplica en la práctica habitual de los psicólogos. Otras veces, la normativa y los casos analizados incluyeron menciones sobre los principios de la bioética de forma indirecta, expresándose a través de reglas propias de la profesión, como es el caso del principio de no maleficencia y los principios de integridad y responsabilidad profesional.

Se observa, sin embargo, un escaso desarrollo de los principios bioéticos en las normas profesionales de la Psicología, como en las menciones hechas por los profesionales y en las referencias del Tribunal de Ética, lo que a propio entender genera algunos desajustes o disociaciones entre las prácticas y los principios éticos que la fundamentan.

Aun cuando la bioética se haya incorporado a la normativa profesional, esto ha sido sólo en términos de implementación del consentimiento informado, siendo actualmente, prácticamente nula la asociación de sus amplios desarrollos a las reglas propias del quehacer psicológico.

Ahora bien, no significa por ello que los problemas bioéticos se encuentren ausentes del ejercicio profesional, sino todo lo contrario. Es posible concluir que los mismos se hayan de manera subrepticia atravesando el ejercicio de la psicología. Ejemplo de ello, es la omisión notoria de términos tales como “beneficencia – No maleficencia” en las reglas profesionales, siendo su presencia de sumo protagonismo en las controversias analizadas, sobre todo en relación con los daños derivados de la relación Profesional-paciente.

Se considera, por ello, que el esfuerzo consistente en fundamentar las normas de la psicología con basamento en los principios de la bioética, redundará en una mayor comprensión de las reglas y consecuentemente en menores cuestionamientos al proceder profesional, no sólo porque aporta razones a su actuar sino también porque facultará un

redireccionamiento de futuras decisiones con mayor ajuste y cercanía a las necesidades, intereses y derechos de los pacientes.

RECOMENDACIONES

Se considera oportuno señalar algunas líneas de investigación que se vinculan al presente proyecto:

a) Los aportes de la psicología en el estudio de la capacidad de las personas en la implementación del consentimiento informado. Principalmente en materia de técnicas psicodiagnósticas aplicadas a personas con padecimiento mental o con niñas, niños y adolescentes.

b) El estudio de programas de formación para alumnos de psicología en Bioética y su relación con la casuística del Tribunal de Ética. Específicamente preocupa explorar la formación en bioética, las normas profesionales y su relación con un mejor ajuste entre el ejercicio profesional y los principios éticos. Como también, a modo preventivo, el esfuerzo por alcanzar mejores estándares de fundamentación de las normas.

c) La *inquietud de sí mismo*⁵ en términos foucaultianos y su relación con el principio de integridad. ¿Cómo se cuidan los que cuidan?

d) La generación de espacios de reflexión profesional e interdisciplinaria, antes y/o después de las intervenciones en Psicología, como también la dificultades observadas en los cuerpos profesionales en incorporar los preceptos de la bioética a sus normas deontológicas y las consecuencias que ello trae aparejado.

⁵ Con esta expresión Michel Foucault traduce una noción griega que tiene una prologada vigencia: la de *epimeleia heautou* que significa el hecho de ocuparse de sí mismo, preocuparse por sí mismo. Este precepto es de sumo interés para el autor, que encuentra su aplicación concreta en reglas tales como: “debes ocuparte de ti mismo, no tienes que olvidarte de ti mismo, es preciso que te cuides”, también como un deber, una técnica, una obligación fundamental y un conjunto de procedimientos cuidadosamente elaborados. (Foucault, 2006, pp 17, 63, 469)

REFERENCIAS

Andrés, H. (2012). *Relación Médico – Paciente en gerontopsiquiatría*. En Slutzky L. (Coord.), *Bioética de la Vejez* (pp. 41-46). Buenos Aires: Akadia Editorial.

Bedoya R. (2012). *Problemas éticos en el envejecimiento y la continuidad generacional*. En Slutzky L. (Coord.), *Bioética de la Vejez* (pp. 47-74). Buenos Aires: Akadia Editorial.

Castilla García, Aurelio, Loreto Castilla San José, M.^a. El consentimiento informado en psicoterapia. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría [en línea] 2001, XXI (Diciembre-Sin mes): [Fecha de consulta: 10 de agosto de 2015] Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019675003> ISSN 0211-5735

Chamarro, A. (2007) *Ética del Psicólogo*. Barcelona: Edit. UOC.

Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (2008) *Normas de Procedimiento del Tribunal de Ética*, 7 de marzo de 2008. Recuperado el 18 de mayo de 2016 de <http://cppc.org.ar/2012/08/30/normas-de-procedimiento-web/>

Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y Comportamental. (1979). *Informe Belmont*. EEUU. Recuperado el 30 de septiembre de 2014 de http://www.redbioetica-edu.com.ar/links/El_informe_Belmont.pdf

Consejo para los Crímenes de Guerra (1946) Código de Núremberg. Núremberg, 20 de agosto de 1947. Recuperado el 17 de mayo de 2016 de http://www.redbioetica-edu.com.ar/links/Codigo_de_Nuremberg.pdf

- Deangelillo, C.** (2012). *Ética del cuidado* y su relación con la gerontología. En Slutzky L. (Coord.), *Bioética de la Vejez* (pp. 21-40). Buenos Aires: Akadia Editorial.
- Dias, Hericka Zogbi Jorge, Gauer, Gabriel José Chittó, Rubin, Rachel, & Dias, Alessandro Valério.** (2007). *Psicología e bioética: diálogos*. *Psicología Clínica*, 19(1), 125-135. Recuperado el 18 de agosto de 2015 de <http://ref.scielo.org/3d8dq8>
- Domínguez, M. E.** (2006). *El consentimiento informado en la clínica con niños*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado el 10/08/2015 de <http://www.academica.com/000-039/12>
- Dworkin, Gerald.** (1976) (*Autonomy and Behavior Control* Author(s): Gerald Dworkin Source: *The Hastings Center Report*, Vol. 6, No. 1 pp. 23-28 Published by: The Hastings Center Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/3560358>
- Dwyer, S.** (2001). *Los muchos rostros de la autonomía*. *The philosopher's magazine*, 13 (pp. 40-41). Traducción: Diego Fonti. Apunte de cátedra. Maestría en *Bioética*. Universidad Nacional de Córdoba.
- Federación de Psicólogos de la República Argentina** (2013) *Código de Ética*. Buenos Aires, 30 de noviembre de 2013. Recuperado el 17 de mayo de 2016 de [http://fepra.org.ar/docs/acerca fepra/codigo de etica nacional 2013.pdf](http://fepra.org.ar/docs/acerca_fepra/codigo_de_etica_nacional_2013.pdf)
- Foucault, M.** (2006) *La hermenéutica del sujeto*. Buenos Aires: Edit. Fondo de cultura económica.
- França Tarragó, O.** (2012) *Manual de Psicoética. Ética para psicólogos y Psiquiatras*. Montevideo: Edit. Desclée de Brouwer.
- Frankfurt, H.** (1971) "*Freedom of the Will and the Concept of a Person*", *Journal of Philosophy*, 68, 1971. Reeditado en John Christman (Ed.), *The Inner Citadel, Essays on Individual Autonomy*, Oxford University Press, Oxford, 1989.

Apunte de cátedra – Maestría en Bioética – Universidad Nacional de Córdoba.

Furstenberg, Cécile. (2015). La empatía a la luz de la fenomenología: perspectivas en el contexto del cuidado: *Revista Latinoamericana de Bioética*, 15(2), 26-41. Recuperado el 03 de junio de 2016 de: <http://ref.scielo.org/phnrbn>

Gafo, J. (1993) *10 palabras claves en bioética*, Navarra España: Edit. Verbo Divino

Gracia, D. (1990) Mesa redonda: *¿Qué es un sistema justo de servicios de salud?* Principios para la asignación de recursos escasos. Universidad Complutense. Madrid.

Hermosilla, A.M. (2010) *Consentimiento informado: el problema de la aplicabilidad de la norma en psicología*. *Revista Argentina de Psicología – Edic. Número 48 – Buenos Aires*. Recuperado el 10/08/2015 de http://www.apbarap.com.ar/index.php?aux=edicion_48.html

León Correa, F. J. (2009). *Fundamentos y principios de bioética clínica, institucional y social*. *Acta bioethica*, 15(1), 70-78. Recuperado en 10 de agosto de 2015, de <http://ref.scielo.org/g9m8n6>

Organización Mundial de la Salud OMS (2001). Recuperado el 23 de febrero de 2015 de http://www.who.int/topics/mental_health/es/

Poder Legislativo de la Provincia de Córdoba (1984). *Ley provincial 7106. Disposiciones para el ejercicio de la Psicología*. Ciudad de Córdoba, 13 de septiembre de 1984. Recuperado el 17 de mayo de 2016 de <http://cppc.org.ar/2012/08/30/disposiciones-para-el-ejercicio-de-la-psicologia/>

Poder Legislativo de la Provincia de Córdoba (1993) *Ley provincial 8312. Creación del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba*. Ciudad de Córdoba, 18 de agosto de 1993. Recuperado el 17 de mayo de 2016 de <http://cppc.org.ar/2015/09/14/constitucion-del-colegio-de-psicologos-de-la-provincia-de-cordoba/>

- Poder Legislativo de la República Argentina** (2005) *Ley N° 26061 Protección Integral de niñas, niños y adolescentes*. Buenos Aires 28 de septiembre de 2005. Recuperado el 19 de mayo de 2016 de <http://www.educ.ar/sitios/educar/recursos/ver?id=118943>
- Requena Meana, P.** (2005) *El principialismo y la casuística como modelos de bioética clínica*, Tesis de doctorado - Pontificia Universidad de la Santa Cruz. Roma. Recuperado el 10/08/2015 de <http://www.eticaepolitica.net/bioetica/TesRequena.pdf>
- Rodríguez Villamil, H.** (2008). Bioética, Psicología y Hermenéutica. Revista Latinoamericana de Bioética, 8(1), 116-123. Recuperado el 03 de junio de 2016 de <http://ref.scielo.org/9qxttc> .
- Torres Acosta, R.** (2011) *Glosario de Bioética*, La Habana. Edit. Ciencias Médicas, Recuperado el 10/08/2015 de http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/Glosario_bioetica.pdf
- Vallés, M.** (1999) *Técnicas cualitativas de investigación social*, Madrid: Edit. Síntesis.
- Winkler Müller, M. & Letelier Soto, A.** (2014). ¿Una misma deontología para distintas ciencias?: Revisión de pautas nacionales e internacionales en ética de la investigación científica. Acta bioethica, 20(1), 81-91. Recuperado en 03 de junio de 2016, de <http://ref.scielo.org/ggti7p>

ANEXOS