

LOS DILEMAS ETICOS DE LA PRACTICA PSICOLOGICA Y PSIQUIATRICA

Dr.Omar França Tarragó

Universidad Católica del Uruguay

In this article the autor considers differen moral dilemmas which arise through the everyday practice of psychiatry and psychotherapy. The way to face these situations demands the development of a deontologic awareness on the part of the professional.

La Psicoética es una temática de interés creciente en numerosos países. En una investigación hecha hace 13 años en los Estados Unidos de América (Tymchuk, 1982), se encontró que el 37% de los psicólogos graduados ya habían tenido cursos de ética profesional como parte de su formación psicológica. Simultáneamente, se comprobó que alrededor del 60% de los psicólogos de aquél país consideraba que no tenía -entonces- suficiente formación en Psicoética, de acuerdo con lo que necesitaba (Corey 1984,3) y casi un 90% estimaba necesario que se incorporara a la formación de los estudiantes de psicología cursos sistemáticos de Ética de la práctica psicológica.

En el momento presente se percibe, pues, una clara distinción entre el nivel técnico y el nivel ético en toda práctica profesional y, en concreto, en la práctica de la salud mental: “Es un error argumentar que las interrogantes éticas pueden ser evitadas por una correcta técnica; de la misma manera que es un error confundir lo que es básicamente un asunto de transferencia, con los asuntos éticos”, afirman categóricamente los psicoanalistas británicos Holmes y Lindley (1989).

Los dilemas éticos que suscita la práctica del psicólogo y del psiquiatra no son nuevos. Pero lo que sí es reciente, es que se esté incluyendo la formación psicoética sistemática en los currícula normales de las facultades o departamentos de psicología y psiquiatría de las universidades de los países de América del Norte y de Iberoamérica. En los Estados Unidos de América hace ya más de 15 años que la American Psychological Association (APA, 1978) estableció en sus “Criteria for Accreditation of Doctoral Training Programs and Internships in Professional Psychology” que se formaran “en los patrones científicos y en ética profesional a

todos los estudiantes de los programas de doctorado en Psicología". Ya son numerosos los libros de textos de Psicoética que se han publicado como material de estudio y reflexión para los estudiantes de pregrado en psicología, al menos, en los Estados Unidos. Los *Psychological Abstract*, de la *American Psychological Association* -quizá la bibliografía más importante del mundo en cuanto a psicología se refiere- tiene una entrada especial para la Ética Psicológica o Psicoética. Son cada vez más las revistas especializadas de psicología y psiquiatría -del ámbito anglosajón- que publican artículos sobre el tema; de la misma manera que las revistas científicas de la medicina lo hacen con temáticas bioéticas. En contraste con esta creciente preocupación por la Psicoética, en los Estados Unidos de América son cada vez más los "ex-pacientes" que demandan judicialmente a los psicólogos y psiquiatras por causa de su mala práctica en la salud mental (Lakin, 1989).

La gran preocupación de la Psicoética es clarificar -de una forma sistemática y metódica- cuales son las ocasiones concretas de la práctica psicológica y psiquiátrica en la que se ponen en juego dilemas o valores éticos. Por otro lado busca pasar del "diagnóstico" al "tratamiento" y llegar a formular, de forma interactiva y consensuada, aquellos procedimientos adecuados para la correcta resolución de esos puntos conflictivos.

A exponer cuales son las principales asuntos que aborda la Psicoética, -como parte de un gran e importante capítulo de la Bioética y de la Ética Profesional en general- se dirige el contenido del presente artículo. Sin embargo, tenga en cuenta el lector que en este caso abordaremos fundamentalmente los problemas éticos de la práctica clínica. No ignoramos que el profesional de la psicología también desarrolla su labor en organizaciones de diverso tipo (educacionales, empresariales, policiales, etc.) que también suscitan una serie de problemas éticos. Pero no podemos ocuparnos de ellos en esta ocasión.

Como una pretensión colateral a la anterior nos mueve también el deseo de promover en el seno de la profesión la preocupación permanente de que los temas Psicoéticos se integren como algo "normal" en la discusión, tanto en los Congresos de Psicología como en la enseñanza universitaria psicológica.

DILEMAS PSICOETICOS COMUNES A LA PRACTICA PSICOLÓGICA Y PSIQUIÁTRICA.

Sin pretender ser exhaustivos, podríamos agrupar los principales problemas psico-éticos que se presentan en ambas profesiones, en los siguientes rubros:

1.- La implicación ética de la estructuración "técnica" de la relación

1.1.- El dogmatismo escolástico. Nos referimos a la actitud del psicólogo o psiquiatra que da por supuesto que su propia orientación o escuela psicológica es la capaz de responder óptimamente a todos los problemas planteados por los pacientes. Con ese presupuesto "dogmático", el profesional de la salud mental puede encajonar a los pacientes por un carril determinado, sin ser capaz de derivarlos a profesionales que,

por su propia orientación psicoterapéutica, podrían estar en mejores condiciones de ayudar al problema particular que presenta el paciente. Esto tiene que ver directamente con los problemas éticos de capacitación teórica y práctica, recibidos en las Escuelas universitarias respectivas, tanto el psicólogo como el psiquiatra.

1.2.- La actitud de imprudencia temeraria, es la del psicólogo o psiquiatra que acepta tratar a un paciente utilizando procedimientos o dinámicas terapéuticas que él no está capacitado para emplear. Pensemos el caso del psicólogo que ha practicado durante 10 años psicoterapia individual de tipo psicodinámica con clientes adultos y que, luego de un curso intensivo de fin de semana en Terapia de Parejas empieza a practicar este tipo de técnica terapéutica con algunos de sus clientes, mientras lee material bibliográfico al respecto. Presionados algunas veces por intereses económicos o de prestigio personal ciertos profesionales se exceden de los niveles de competencia personal, con el consiguiente riesgo de perjudicar al paciente. Esto tiene relación con la responsabilidad de la sociedad -a través de su sistema legal y control ético-social- de establecer las exigencias mínimas necesarias para asegurar efectivamente la capacitación permanente del profesional, una vez que éste adquiere el título que lo habilita para ejercer como tal en la sociedad.

Si el “dogmatismo escolástico” tiene que ver con la orientación teórica básica recibida por el profesional, la “imprudencia temeraria” se relaciona más con una actitud permanente y subjetiva del propio profesional cuando enfoca su práctica concreta. Pero tanto respecto a uno como a otro problema, la sociedad -ya sea a través de los organismos oficiales o de las organizaciones de profesionales- debe estar permanentemente alerta para evitar los problemas éticos que se pueden derivar de una u otra actitud, en perjuicio del bien-estar mental de los ciudadanos.

2.1.- Aspectos éticos de la estructuración “ética” de la relación

2.2.- El imperativo de la veracidad. Se trata -sin lugar a dudas- de uno de los presupuestos éticos esenciales y básicos de toda “correcta” relación entre un profesional de la salud mental y una persona. Sin embargo, hay ciertos procedimientos terapéuticos que recurren al engaño para alcanzar determinados propósitos en el paciente (por ej., ciertas técnicas que se usan en algunas escuelas de Terapia Familiar). Se amparan para justificarlos éticamente en el hecho de que si se le dice al individuo el objetivo de una determinada técnica imprescindible para el cambio terapéutico, se invalida su eficacia. Sin embargo, la introducción de la “falsedad” como algo “posible” en la relación profesional abre un importante interrogante con respecto a cuáles son los límites máximos aceptables éticamente. La dinámica de que el fin terapéutico justifica, de por sí, determinados medios -en este caso, la mentira- podría ser muy peligroso. No queremos cuestionar radicalmente los procedimientos “engañosos”, pero consideramos que tienen que estar específicamente justificados desde el punto de vista ético a través de ese proceso -tan imprescindible- que es la confrontación con los colegas; aunque ése no tiene por qué ser el único modo de control ético aceptable.

2.3.- El consentimiento informado. ¿Debe el psicólogo o psiquiatra solicitar el consentimiento válido cuando inicia una terapia de tipo psicológico o psiquiátrico? ¿En qué consiste? ¿Cuáles son sus condiciones?. ¿Cuál es el mínimo necesario que se debe exigir para hacerlo? Si hemos afirmado antes el imperativo ético de que toda relación psicológica o psiquiátrica debe estar basada radicalmente en la verdad es porque consideramos un derecho del paciente el decidir válidamente sobre lo que a él le compete sin perjudicar a otros. La forma como una persona es informada con respecto a las posibilidades, expectativas y molestias que puede acarrearle el hecho de iniciar una relación psicológica determinada, es esencial desde el punto de vista ético. Esto se debe a que en psicología y psiquiatría, a diferencia de las demás relaciones profesionales, la capacidad de un individuo para decidir válidamente sobre sí mismo puede estar ausente o muy limitada. A su vez, la recuperación de la capacidad de decisión es algo progresivo y dinámico que no aparece de un momento a otro sino como consecuencia del mismo proceso terapéutico. De ahí que el imperativo ético de lograr el consentimiento sea siempre un deber “prima fascie”, es decir, “en principio”, siempre y cuando el individuo esté en condiciones de hacerlo. Este horizonte debe estar siempre presente en la relación y el profesional debe estar constantemente atento a no prolongar un paternalismo que dé por supuesto una incapacidad permanente de decisión, que ya ha dejado de ser tal a lo largo del proceso terapéutico.

Podría objetarse que un porcentaje significativo de personas consultantes no tienen la capacidad de decisión válida, precisamente por su problemática psicológica o psiquiátrica. Incluso, muchos enfermos mentales nunca tendrán ya esa capacidad para la decisión informada. La solución para estas circunstancias no es pensar que el profesional no debe buscar el consentimiento válido de la persona implicada en la relación, sino que el Consentimiento debe ser dado por la familia o el representante legal del paciente. Es lo que se ha dado en llamar el Consentimiento Válido Sustituto. Pero en todo caso, este derecho a tomar la decisión sigue siendo uno de los imperativos más básicos de la Psicoética.

2.4.- La confidencialidad o secreto profesional. Aunque es un tema muy obvio, no siempre es cumplido de la misma manera que se entiende su imperativo ética. La revelación de datos que pertenecen al paciente, sin su autorización, puede hacerse de forma accidental o intencional. Es importante que el paciente sepa que sus datos serán confrontados con el supervisor terapéutico -en caso de que sea necesario- y por eso, al empezar la relación, deberá dar su consentimiento en ese sentido. Pero aparte de esta necesidad de tipo “técnica” la confidencialidad de los datos del paciente no siempre es custodiada como debería hacerse. Los comentarios que se hacen a colegas -sin un propósito que tenga directo beneficio en la terapia de un determinado cliente-, sólo es una de las tantas maneras en que el derecho a la confidencialidad es vulnerado. En otros casos, la obligación ética es la contraria: el profesional debe revelar los datos confidenciales del paciente, aún a costa de la

ruptura de la relación profesional. Pensemos en las personas con severas depresiones, que amenazan con suicidarse pero no quieren avisar a su pareja o familia, ni recurrir al psiquiatra; o en los sujetos paranoicos que corren riesgo inminente de pasar a la acción y llevar a cabo una agresión a un tercero inocente. En ambos casos el profesional debe romper el imperativo ético de preservar la confidencialidad porque cede la norma ética ante el Principio Fundamental: el deber de no perjudicar el bien premoral básico: la vida; sobre todo si es la del tercero inocente.

3.- Las consecuencias éticamente problemáticas de la relación

3.1- El riesgo de manipulación. El límite justificable entre el continuo de “respeto > orientación > persuasión > orientación” y “dirección > sugerencia > coacción > imposición”, no siempre es claro; especialmente para algunas técnicas psicoterapéuticas. El riesgo de manipulación del paciente está en el centro del problema ético de la práctica psicológica y psiquiátrica. Entre las distintas posibilidades de llevar a cabo esta conducta no ética, destacamos las siguientes:

3.1.a. La imposición de valores personales. Va desde la actitud del psicoterapeuta centrado en sí mismo de tal manera que se hace incapaz de velar por el verdadero interés de su paciente, hasta la búsqueda más o menos consciente de influir en el mundo de valores y filosofía de vida de la persona. En ese sentido es destacable que la metodología empleada por algunas psicoterapias ofrece particulares riesgos de vulnerar la libertad de las personas si el psicólogo no se preocupa de estar “alerta” ante esa posibilidad. La imposición de valores puede tener que ver con los roles y estereotipos sexuales en la pareja, con el ideal de familia, con los valores políticos, religiosos, laborales, o étnicos. Quisiéramos destacar, en particular, la imposición de valores relacionados con el aspecto religioso de la vida. Esto se puede dar -por ejemplo- cuando el profesional (que se confiesa ateo) atiende un paciente (considerado creyente) que consulta por una problemática de tipo religioso. También podría darse en los casos en los que, en nombre de una religión supuestamente “sana” se quiere “liberar” a un individuo determinado de su pertenencia a una “secta”. En ese sentido se han descubierto acciones organizadas de “lavado de cerebro” y se han denunciado intervenciones de profesionales de la psicología con esos objetivos.

3.1.b La explotación económica. Puede darse cuando la relación psicológica o psiquiátrica se continua sin beneficio claro para el paciente, sólo por interés pecuniario del profesional. En otras ocasiones el resistirse a romper la relación no se debe al interés económico sino a los dinamismos psicoafectivos del psicólogo o psiquiatra que se niega a aceptar que el paciente ya no necesite de él.

3.1.c Relaciones extraterapéuticas. Es el tema de si la relación humana entre el psicólogo o psiquiatra y la persona, fuera del contexto terapéutico, es conveniente o inadecuada. El asunto tiene un amplio espectro y va, desde los contactos triviales del profesional que se encuentra compartiendo con su paciente un mismo ámbito social, hasta la relación erótica genital. Mucho se ha escrito sobre el punto pero sigue siendo un tema que suscita muchos interrogantes éticos. Dentro del mismo rubro de

problemas podemos situar el referido al grado de intimidad que un terapeuta puede compartir con su paciente. Algunas escuelas o corrientes psicológicas y psiquiátricas son decididamente contrarias a que la relación terapéutica sea bilateral y que el profesional comparta asuntos de su propia intimidad con su paciente. En cambio, otras corrientes son favorables y lo consideran un ingrediente necesario para el proceso terapéutico. Es un tema abierto y complejo que suscita muchos interrogantes éticos que merecerían ser abordados de forma más sistemática.

3.2.- Asuntos éticos relacionados con determinados grupos humanos. Es un problema que recorre horizontalmente toda la práctica psicológica y psiquiátrica, pero al que sólo vamos a aludir sin entrar en él. Nos referimos a la atención psicológica o psiquiátrica a niños, adolescentes, ancianos y enfermos mentales crónicos. En relación con todos estos pacientes, hay terceros implicados que son los padres (en el caso de los niños, adolescentes y enfermos mentales crónicos) y los hijos (en el caso de ancianos). ¿Debe el psicólogo o psiquiatra ser fiel al adolescente o a sus padres, al anciano o a sus hijos?. ¿Cuando dar por hecho que tiene que haber autonomía completa de parte de un paciente dado, (por ej. un adolescente de 14 años) respecto a los terceros presumiblemente involucrados con su vida? Por otra parte, pensemos si el ejemplo que nos proporciona el siguiente caso, no sucede con cierta frecuencia en la práctica profesional: “GG completó su programa de formación en psicología clínica pero hizo toda su práctica en el campo del tratamiento con adultos. A pesar de que no ha tomado cursos en desarrollo y psicología infantil, ahora quiere trabajar con niños y ha empezado a incluirlos como clientes. Para eso se ha provisto de varios manuales de psicología evolutiva y terapia infantil” (Keith-Spiegel, 1985).

3.3. Aspectos éticos relacionados con la investigación en psicología y psiquiatría. La experimentación clínica es un viejo asunto en la historia de la medicina; pero aquí nos referimos a la investigación del psiquismo humano. Tratándose de ensayos clínicos con psicofármacos, existen legislaciones que regulan óptimamente los diversos problemas éticos implicados en ella. Sin embargo, la ética de la investigación propiamente psicológica con seres humanos merece una ponderación exhaustiva que todavía está por hacer. Evidentemente, la coacción sobre la libertad de los sujetos de investigación puede darse desde situaciones “banales” hasta las que son éticamente escandalosas. Un ejemplo de coacción -que no me animo a calificar si sería banal o no- es el del profesor de psicología que invita a sus alumnos a participar “libremente” en un cuestionario de investigación, pero al ver que una alumna se retira -porque no quiere contestar- dice en voz alta y con intención de resultar humorista: “bueno, espero que el resto de ustedes quiera ayudarme”

3.4. Aspectos éticos relacionados con la psiquiatría y psicología forense (o jurídica). Tanto el psicólogo como psiquiatra tienen un gran poder de estigmatización legal de los ciudadanos. Un peritaje hecho por un profesional de la salud mental puede marcar la diferencia entre alguien que vaya a la cárcel y quien sea internado -de por vida- en un hospital psiquiátrico. La palabra de “perito” del profesional de

la salud mental puede hacer que un juez decida dar la tutoría de un hijo -de pareja divorciada- al padre, en lugar de dárselo a su madre, o viceversa. Pensemos en un caso como éste: “Un psicólogo (CC) estaba tratando a una mujer (MA) que tenía muchos y graves desajustes psicológicos y estaba en trámite de divorcio. Después que trabajó con ella durante 6 meses, el abogado de ésta le preguntó si tenía inconveniente en testificar ante el juez -como parte de los procesos legales del divorcio- que MA era una buena y cariñosa madre que estaba en condiciones de mantener la custodia de su hijo de 7 años. CC estuvo de acuerdo y así lo hizo”. Como puede suponerse, de casos análogos a este, los riesgos de perjudicar que tiene todo psicólogo cuando actúa como perito, son muy notables.

ALGUNOS PROBLEMAS ÉTICOS PROPIOS DEL PSIQUIATRA.

Dado que este artículo va destinado fundamentalmente a psicólogos sólo mencionaremos, al pasar, tres problemas éticos propios de la práctica psiquiátrica:

1. La adecuada información sobre los trastornos secundarios de la psicofarmacología. Descartando las situaciones en que haya una emergencia psiquiátrica es de decisiva importancia ética la información que se pueda dar a los pacientes respecto a ciertos fenómenos secundarios: el síndrome parquinsoniano, la acatisia, la toxicidad conductal y las distonías. Y entre éstas, la más preocupante de todas es la discinesia tardía irreversible. Si bien hay cuadros psiquiátricos cuyos síntomas son infinitamente más molestos que estos trastornos secundarios que acabamos de mencionar, hay casos en que la sintomatología de los pacientes es leve y que una medicación psicofarmacológica merecería un sopesamiento pormenorizado y personalizado que, si no se hace, podría tener consecuencias catastróficas sobre el futuro bienestar mental y social de las personas. Pacientes cuyas actividades consistan en pintar o maniobrar con movimientos finos de los miembros podrían quedar definitivamente imposibilitados si, ante un cuadro psiquiátrico, se les aplica la psicofarmacología sin pensar en otras alternativas terapéuticas.

2. Lo mismo podría decirse respecto a las otras dos grandes terapias orgánicas que pueden ser usadas en psiquiatría: la electroconvulsiva y la psicoquirúrgica. En ambos casos debería informarse -si no al paciente, a su representante legal- sobre los siguientes puntos: 1) Razones de por qué, en ese determinado paciente, está indicada alguna de estas terapias; 2) Posibles riesgos de su aplicación a corto, mediano y largo plazo; 3) Posibles riesgos de perjuicios de su no aplicación en condiciones óptimas, a corto, mediano y largo plazo; 4) Descripción de la técnica de aplicación en condiciones óptimas; y de la técnica tal como se aplica en el lugar concreto.

3. Problemas éticos relacionados con la internamiento del enfermo mental crónico. Aquí se dan una serie de dilemas que van, desde la misma decisión de internar compulsivamente al paciente, hasta la forma de trato que se le dé dentro de una institución de internamiento permanente. En particular destacamos: a) Los

problemas éticos relacionados con la elección de las diversas alternativas que existen para la continuidad asistencial del enfermo mental crónico; b). Los problemas relacionados con la internamiento institucional crónico.

ASPECTOS ÉTICOS MÁS PROPIOS DE LA PRÁCTICA PSICOLÓGICA

1.- ¿Eficacia comprobada de algunas psicoterapias? El primer problema ético que se podría suscitar con la práctica de algunas psicoterapias es con respecto a su real eficacia y a si compensa la disposición de tiempo, esfuerzo y dinero que implica su empleo. Pero hoy en día la efectividad -en general- de las psicoterapias, (no me refiero a ninguna en particular), parece estar bien establecida (Holmes y Lindey, 1989). El célebre trabajo de meta-análisis de Smith & Glass (1980) en el que se muestra que el promedio de eficacia del conjunto de las psicoterapias es, al menos, de un 70% (contra un 30% de los pacientes que mejoran espontáneamente), parece ponerlo rotundamente en evidencia. Esto no quiere decir que no haya que hacer un seguimiento permanente del grado de eficacia que pueda tener cada una de las terapias psicológicas tomadas individualmente. Siendo un problema muy difícil de resolver de ninguna manera es neutro desde el punto de vista ético.

2.- ¿Qué metas y objetivos se proponen algunas psicoterapias?. Es obvio que no cualquier meta u objetivo buscado por un paciente es aceptable éticamente y digno de respetarse por parte del psicoterapeuta. Sin duda, a ningún psicólogo se le ocurriría que la meta de vencer la inhibición a matar al cónyuge, fuese aceptable éticamente. Ojalá nadie dudara que es ilícito ayudar a un torturador que consulta para que el psicólogo le ayude a sobrellevar la “angustia” que le genera el tener que “interrogar vigorosamente” a sus internados o a matar mejor a sus enemigos. Pero, independientemente de que pueda decirse que esos casos “jamás se presentan en la realidad”(¿;?), son ejemplos que nos sirven para llamar la atención sobre el hecho de que no toda meta u objetivo terapéutico planteado por un paciente o un psicólogo, es de por sí justificable para una ética racional cuyos valores éticos básicos estén basados en la Declaración de los Derechos Humanos. Algunos dirían sin dudar, que el único objetivo que justifica la existencia de la psicoterapia es el intento de que el paciente recupere su autonomía de opción. Pero es evidente que este objetivo terapéutico ya es, de por sí, una toma de postura ética de larga tradición en filosofía. Cuando los psicólogos o psiquiatras enfocan todo su esfuerzo con el fin de que el individuo se vuelva responsable de él mismo y se haga cargo de que es el juez de su propio yo, están haciendo de la terapia una “ética aplicada”. Y aunque pensemos que dicha meta “técnica” sea la única “admisible” es innegable que se trata de una opción ética admitida normalmente como “correcta” por la profesión. En consecuencia, todas las psicoterapias -en un sentido o en otro- tienen una ética que -de hecho- se aplica, son “fundamentalmente métodos de implementación de una ética u otra” (Breggin, 1975).

3. ¿La concepción de “lo sano” es neutra éticamente?. La psicología es una

ciencia que no es neutra desde el punto de vista antropológico. Las diversas ocasiones en las que el psicólogo toma postura frente a lo que es “normal” o “anormal”, “sano” o “enfermo”, implican concepciones no meramente “científicas” de lo que “es” el “ser humano” para llevar -implícitamente- un “deber ser”, con claras implicaciones de tipo ético. En ese sentido es que Breggin piensa que “toda forma de terapia implica una visión utópica del ser humano y sus relaciones con la sociedad y el estado”.

Sin embargo, no todas las escuelas de psicoterapias o psicoterapeutas coinciden en lo anterior ya que se preguntan: ¿existe la libertad o la autonomía, o son apenas “fantasías”?: ¿es posible y realista buscar que un individuo recupere su autonomía para decidir su propio mundo de valores o lo único que se debería pretender es facilitarle la adaptación sintónica a aquellos determinismos que él reconoce como propios?

Tanto si se considera imposible la autonomía del paciente, como si se considera ésta el único objetivo posible de una psicoterapia, es indudable que, en un caso o en otro, nos estamos introduciendo en el terreno ético y tomando posturas que van mucho más allá de lo meramente “científico” y “técnico”.

4.- ¿Cuando una praxis psicológica se vuelve “mala práctica”? La inmensa mayoría de los psicólogos son profesionales competentes, responsables e implicados con la tarea de ayudar al paciente a que encuentre su propio camino de vida, libre de toda traba psicoemocional. Sin embargo, las psicoterapias pueden ser usadas de forma perjudicial para los pacientes. Numerosos autores lo han señalado repetidamente (Mays, 1985). La mala praxis no es rara en la práctica profesional. Pero con frecuencia creemos que son los miembros de otras profesiones los que hacen las cosas incorrectas mientras escuchamos de los colegas, las cosas positivas que hacen y sus éxitos terapéuticos en beneficio de sus pacientes. Por el contrario, sobre los errores hay una especie de “velo de silencio”. La incompetencia, sin embargo, no es extraña; y quienes sufren las consecuencias suelen ser los pacientes que consultan desde su desconsuelo, su conflicto, o su desconcierto.

5.- ¿Un narcisismo éticamente irresponsable?. En todas las sociedades hay una minoría de psicólogos que no se sienten implicados por atenerse fielmente a los mínimos éticos comunes requeridos por los códigos de ética de los Colegios respectivos. Estos profesionales (a los que llamaremos psicólogos-B) se sienten comprometidos fundamentalmente con sus propios intereses. Un sentido de lealtad profesional mal entendida podría llevarnos a pensar que las conductas éticamente irresponsables de los Psicólogos B se arreglarán por sí solas “según las leyes del mercado”. Se supone que los pacientes, luego de haber sido perjudicados una y otra vez por los “psicólogos B”, recurrirán a los profesionales “A” mientras que los malos profesionales se quedarán sin clientes. Pero hay varios motivos para pensar que esto no será necesariamente así. En primer lugar porque los psicólogos “B” seguirán perjudicando individualmente a los pacientes que ingenuamente recurran

a ellos; y seguirán consiguiendo pacientes sin que nadie se los derive. Pero, en segundo lugar, sucede que la impericia, negligencia o conductas éticamente improcedentes, son notorias sólo en un muy bajo porcentaje de casos: aquellos más graves. En la mayoría de las ocasiones, las conductas éticamente cuestionables de los B-psicólogos no pueden ser conocidas por los demás colegas porque:

1) El-la psicólogo/a B no se supervisa y, por tanto, ni siguiera un A-psicólogo podría darse cuenta de su forma de proceder.

2) Los B-psicólogos nunca toman apuntes de sus propias entrevistas ni registran magnetofónicamente lo que hablan con el paciente; de manera que, ni el paciente ni ningún otro colega, podría saber -a posteriori- cómo han sido sus intervenciones en caso de querer evaluarlas.

3) Si el paciente protesta porque no progresá, los psicólogos B explican ese hecho atribuyéndolo a la “resistencia” del paciente; o los acusan de que no se esfuerzan suficientemente; o de que su ambiente está incidiendo de tal manera que invalida lo que él intenta hacer como psicoterapeuta.

4) el-la psicólogo-a B atiende a sus pacientes a lo largo de un período de tiempo prolongado, de forma tal, que siempre es posible afirmar que la persona está en “un proceso de mejoramiento”; y que los “aparentes” deterioros no son más que “parte ineludible del proceso de recuperación”. El paciente encuentra entonces, una explicación coherente y los demás colegas, en caso de conocer al paciente, también encuentran lógica esa explicación del psicólogo B.

5) El psicólogo B crea una “dependencia” afectiva con el paciente, de manera que éste nunca llega a ser consciente de un posible estancamiento del proceso terapéutico ya que se siente cómodo y gratificado en la relación entablada.

6) Los psicólogos B insisten en que el cliente ya ha cambiado, pero que todavía no es suficientemente lúcido como para darse cuenta de ello y, por eso, manifiesta insatisfacción con la relación terapéutica.

6.- El psicólogo que no trabaja en la clínica individual. El poco espacio que dedicaremos a este rubro de problemas éticos no es -ni mucho menos- indicio de la importancia actual que esta área de trabajo del psicólogo tiene ya en las alternativas profesionales (y que continuará adquiriendo en el futuro). Las instituciones educativas, las empresariales o laborales y otras de muy diverso orden (como los ámbitos militares, de inteligencia policial, del tráfico, y un largo etcétera) son algunos de los “nuevos” sectores laborales donde el profesional del hecho psíquico actúa y “da orientaciones”. La conducta profesional que pueda tener un psicólogo en relación con los niños y adolescentes de los centros educativos, los trabajadores de una empresa, o los miembros de un ejército está, sin lugar a dudas, preñado de dilemas éticos de gran importancia.

7.- ¿Qué demandas judiciales se avizoran en el horizonte? Pese a que, como acabamos de decir, no es fácil que la malapraxia “menuda” -aquella que es disimulada cotidianamente por los psicólogos B-, salga a la luz, se ha pronosticado

(Lakin 1988) -teniendo en cuenta la experiencia de la American Psychological Association- que las demandas legales que en el futuro se hagan contra los psicólogos serán motivadas, fundamentalmente, por las siguientes causas:

1) Por engaño o porque el paciente considera que no fue suficientemente informado de las posibles consecuencias de la aplicación de una psicoterapia, antes de dar su consentimiento al inicio a la relación.

2) Por negligencia: a. en la aplicación correcta de las psicoterapias de clínica individual y grupal; b. al no haber recomendado el empleo de determinados tratamientos de corta duración (o por no derivar al paciente al psicólogo correspondiente) en los casos de que dichos tratamientos fuesen los indicados para la problemática concreta del paciente afectado;

3) Por impericia: a. al haber empleado tratamientos psicológicos ordinarios, pero de manera ineficaz; b. al haber aplicado mal determinadas técnicas específicas (como el biofeedback, terapias de grupos, terapias familiares, etc) que hayan tenido como consecuencia que los pacientes experimenten complicaciones emocionales no previamente informadas; c. al haber aplicado procedimientos supuestamente perjudiciales cuando se trataba de niños o incompetentes

4) Por imprudencia temeraria al no haber derivado a los pacientes depresivos al psiquiatra y haberlos tratado sólo con psicoterapias verbales.

5) por manipulación o explotación: a) a causa de “influencias indebidas” llevadas a cabo por los psicólogos que han atendido, por ejemplo, a ancianos; b) a causa de explotación económica, como podría ser el caso del paciente que ha sido inducido a participar de ciertas metodologías terapéuticas, y luego se comprueba que éstas no eran las indicadas para su necesidad específica sino motivadas por los intereses económicas del psicólogo. c) a causa de manipulación sexual.

COMENTARIOS FINALES.

Hemos pretendido mostrar un panorama de cuales son los principales dilemas problemas e incertidumbres éticas que surgen en la práctica psicológica y psiquiátrica. A la luz de los valores y principios éticos, hemos intentado observar e interrogar esos dilemas de la práctica de una forma metódica y sistemática. La Psicoética, -que indudablemente es una disciplina interdisciplinaria con un pie sobre lo empírico y otro sobre lo teórico- intenta, primero que nada, clarificar los dilemas éticos de la práctica concreta y, luego, trata de encontrar a través del diálogo interdisciplinario entre la psicología y la ética, posibles vías o criterios operativos que construyan una relación psicológica “correcta” y “justa” con las personas que acuden a los servicios de los profesionales. El valor ético por excelencia para la Psicoética es dignificar a la persona humana. Esto significa intentar garantizar que toda práctica psicológica y psiquiátrica tome al individuo siempre como fin y nunca como medio. Por consiguiente, implica la búsqueda -con los medios técnicos que disponen los profesionales de la salud mental- del perfeccionamiento de las notas

de excelencia de toda Persona: la conciencia, la libertad y la comunitariedad (o capacidad de convivir con los demás). Para esta búsqueda, la psicoética utiliza - como método- a la razón ética intercomunicativa o deliberativa, que en un proceso dialéctico y pluralista, vaya encontrando interdisciplinariamente los consensos mínimos para la práctica profesional. En otras palabras: implica la indagación de aquellos criterios éticos que permitan concretar los “Valores éticos fundamentales” -que todos conocemos como “Declaración Universal de los Derechos del Hombre”- en un ámbito específico de actividad profesional: la psicológica y psiquiátrica.

En este artículo el autor considera distintos dilemas morales que se plantean en la práctica habitual de la psiquiatría y de la psicoterapia. La manera de hacer frente a estas situaciones exige el desarrollo de una conciencia deontológica en el ámbito de la profesión.

NOTA EDITORIAL

El presente artículo es una reelaboración de la Conferencia pronunciada en las Jornadas de Psicoética organizadas por el Hospital Psiquiátrico de Cienpozuelos (Madrid) y la Cátedra de Bioética de la Universidad P.Comillas (Madrid) el 18 de mayo de 1995

Referencias bibliográficas

- APA Council of Representatives. (1978). *Criteria for accreditation of doctoral training programs and internship in professional psychology*, Washington DC APA.
- AMERICAN PSYCHOANALYTIC ASSOCIATION. (1983). *Value Judgment in Psychoanalytic Theory*. Psycho.An.Quar. 3:4.
- BREGIN,P. (1971). *Psychotherapy as applied ethics*” Psychiatry 34
- BREGIN,P. (1975). *Psychiatry and Psychotherapy as Political Processes* Am.J.of Psych 29 369-382.
- COREY,G; SCHNEIDER,M; CALANAN,P, (1984). *Issues & Ethics in the helping professions* Monterey, California Brooks/Cole Publ.Co
- FRANÇA,O (1994). *Introducción a la Psicoética* Montevideo (600 pags.,inédito)
- HOLMES,R y LINDLEY,R (1989). *The values of Psychotherapy* Oxford: Oxford Univ.Pres.
- KEITH-SPIEGEL,P Y KOOCHER,G (1985) *Ethics in Psychology* Random House/ New York
- LAKIN,M. (1988) *Ethical issues in the Psychotherapies* Oxford Oxford Univ.Press
- MCLEAN,H. (1960). *Psychoanalysis as concerned with the problem of values* En Masserman,J.H. *Psychoanalysis and human values*, Grune & Stratton, New York
- MAYS,D.T. y FRANK,C.M. (1985) *Negative outcome in Psychotherapy and what to do about it* New York: Springer
- POST,S (1972). *Moral values and the superego concept in Psychoanalysis* New York Int.Un.Press.
- SMITH, G.V.GLASS (1980). *The benefits of Psychotherapy* Baltimore: Johns Hopkins Univ.Press
- TYMCHUK,A.J. et al., (1982). *Ethical decision making and psychologists' attitudes toward training in ethics*. Professional Psychology 13:3 412-421