

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

Título del proyecto:

“Actitud de los alumnos próximos a graduarse como psicólogos respecto a su
postura ética frente a la profesión”

Estudio exploratorio respecto de la existencia o no de un proceso de
construcción de una actitud ética en la formación de Psicólogos, en la Carrera
de Licenciatura en Psicología, de la Facultad de Psicología de la UNMdP;
Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito
curricular conforme O.C.S 143/89

Alumna: Martinez, Silvia Raquel.

Matrícula: 4817/99

D. N. I.: 14.929.424

Supervisor: Lic. Losada, Marcela Cecilia.

Co – Supervisor: Dra. Zanatta, Anahí.

Cátedra de Radicación: Deontología Psicológica.

Fecha de presentación:



| | |
|-------------------|----------------|
| N° CLASIFICACION: | ADQUISICION: |
| T-pg M | Losada |
| | N° INVENTARIO: |
| | 1682 |

“Este Informe Final corresponde al requisito curricular de investigación y como tal es propiedad exclusiva de la alumna Martinez, Silvia Raquel; de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de la autora”.



“Los que subscriben manifiestan que el presente Informe Final ha sido elaborada por la alumna Martinez, Silvia Raquel, matrícula 4817/99, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos a los días.....mes..... del año 2007”.



Firma del Supervisor.



Firma del Co-supervisor.



Evaluación del supervisor

En la evaluación general del desempeño de la alumna, señalaremos dos niveles en relación al desarrollo de esta investigación.

Desde lo **actitudinal**, la alumna manifestó compromiso en la tarea, notándose el mismo en la producción final que esta investigación. Tanto en la búsqueda bibliográfica, en el desarrollo de la metodología y en la realización del trabajo de campo.

Desde lo **académico** consideramos que esta investigación significa un aporte en el desarrollo de nuestra disciplina teniendo en cuenta que sus resultados pueden ser tomados para reflexionar en la formación de los profesionales psicólogos y en el rol de los mismos en la comunidad.

En síntesis la tesis llevada a cabo por la alumna desarrolla los resultados pertinentes de manera satisfactoria.

En esta evaluación es necesario destacar los siguientes aspectos:

1. El relevamiento bibliográfico ha sido exhaustivo significando una contribución en el desarrollo de la temática abordada
2. El trabajo de campo realizado demuestra la adecuación de los métodos utilizados al tipo de problema a estudiar.
3. El cuestionario utilizado evalúa las dimensiones propuestas como objeto de la investigación.

Es por ello, que consideramos que esta investigación contribuye al conocimiento científico en esta temática permitiendo un aporte a la formación

de grado de los psicólogos y a la actitud ética de los alumnos de la carrera de Psicología.

“Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por la alumna Martinez, Silvia Raquel, matricula N° 4817/99”.

Firma de los Miembros intervinientes del Área de Investigación:

Firma:

Aclaración:

Firma:

Aclaración:

Firma:

Aclaración:

Fecha de aprobación:



INDICE

| Temas | Pág. |
|---|------|
| I. Introducción..... | 9 |
| II. Marco teórico: | |
| 1. Estado del Arte..... | 15 |
| 2. Hacia una definición de los términos: actitud, ética, moral, sujeto ético, voluntad ética, deontología..... | 23 |
| 2.1. Actitud..... | 23 |
| 2.2. Ética..... | 25 |
| 2.3. Moral..... | 29 |
| 2.4. Ética y moral: diferencias planteadas a lo largo de la historia del pensamiento..... | 31 |
| 2.5. Sujeto ético y voluntad ética..... | 36 |
| 2.6. Deontología..... | 36 |
| 3. Fundamentación: | |
| 3.1. Fundamentación filosófica..... | 40 |
| 3.2. Fundamentación psicopedagógica..... | 50 |
| 4. El lugar de la ética y de la deontología profesional en la formación universitaria..... | 55 |
| 5. Dimensiones teóricas consideradas:..... | 59 |
| 5.1. El consentimiento informado..... | 60 |

| | |
|--|-----|
| 5.1.1 Historia, consolidación y fundamento del consentimiento informado | 60 |
| 5.1.2 Definición conceptual y elementos del consentimiento informado | 68 |
| 5.1.3. La medida de la información en el consentimiento informado | 70 |
| 5.1.4. Funciones específicas del consentimiento informado..... | 76 |
| 5.1.5. Riesgos e inconvenientes del consentimiento informado | 77 |
| 5.1.6. Momentos y componentes del consentimiento informado..... | 79 |
| 5.1.7. Sustento del consentimiento informado..... | 80 |
| 5.1.8. Opiniones doctrinarias y citas de jurisprudencia..... | 85 |
| 5.1.9. Factores condicionantes para el cabal cumplimiento del consentimiento informado | 90 |
| 5.1.10. Algunas consideraciones especiales en la formación del consentimiento informado | 92 |
| 5.1.11. Excepciones en el consentimiento informado..... | 95 |
| 5.1.12. Consentimiento informado, principios bioético e investigación con seres humanos | 96 |
| 5.1.13. El lugar del consentimiento informado en los Códigos de Ética de los psicólogos en nuestro país (Código de la Provincia de Buenos Aires y de F.e.P.R.A.)..... | 102 |
| 5.2. El secreto profesional | 106 |
| 5.2.1. Historia, consolidación y fundamento del secreto profesional..... | 106 |

| | |
|--|-----|
| 5.2.2. La intimidad, la privacidad y la confidencialidad. | |
| Esclarecimiento terminológico..... | 109 |
| 5.2.3. Dimensiones de la confidencialidad..... | 114 |
| 5.2.4. Secreto profesional: conceptualización del término. Clases.. | 124 |
| 5.2.5. Levantamiento del secreto profesional: la justa causa..... | 127 |
| III. Estudio empírico: | |
| 1. Descripción resumida..... | 130 |
| 2. Objetivo general..... | 131 |
| 3. Objetivos particulares..... | 131 |
| 4. Instrumento y muestra..... | 131 |
| 5. Descripción, interpretación y análisis de datos: | |
| 5. 1. Análisis cuantitativo..... | 138 |
| 5.2. Interpretación de los resultados en relación a las consideraciones teóricas..... | 147 |
| V – Conclusiones y propuestas..... | 155 |
| Anexo..... | 160 |
| Bibliografía de referencia..... | 165 |

I -Introducción.

El desarrollo de la Psicología en nuestro país ha transitado por diversas etapas y ha debido superar una serie de avatares.

El pensamiento psicológico en la Argentina se remonta a finales del siglo pasado, fuertemente impulsado por el programa positivista. El Positivismo posibilitó una concepción, según la cual, la figura más desarrollada del pensamiento la constituía la ciencia, superadora de los estudios tecnológicos y metafísicos. Por otra parte, a partir de la organización nacional y hasta la crisis del 90 se había implantado un conjunto de Instituciones del Estado (hospicios, escuelas laicas públicas, etc.). En este contexto se produjo el advenimiento a la denominada "*nueva psicología*".

Debido al impacto ejercido en Argentina por el pensamiento médico y clínico francés, se generó en el país – temporalmente – un modelo de Psicología, considerado por algunos autores de Psicología Experimental, pero que, Klappenbach (1997) prefiere caracterizar como Psicología Experimental y clínica, agregando, también, el carácter de social.

Esta temprana psicología floreció en el país entre 1895 y 1920, generando en 1908 la primera sociedad científica de psicología del continente, la Sociedad de Psicología de Buenos Aires y la primera publicación, los Anales de Psicología (1908/1914); posibilitando, así, la primera enseñanza a nivel universitario. De este modo, la Psicología constituía una disciplina que se superponía al campo profesional desarrollado por médicos y educadores, principalmente.

Este programa entró en crisis en la tercera década del siglo debido a la crítica del positivismo, la recepción del neoidealismo alemán y la caída de la Psicología europea luego de la Primera Guerra Mundial. Sin embargo, una serie de hechos



evidenciaron un florecimiento de la Psicología en aquellos años: en 1930 se recreaba la Sociedad de Psicología de Buenos Aires (continuadora de la Antigua Sociedad Argentina de Psicología creada por Ingeniero y Piñero en 1907) y en 1931 se organizó el Instituto de Psicología dentro de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires.

A posteriori se observa la formación en Psicotecnia, verdadero antecedente de las carreras de Psicología. Fue en el contexto del peronismo donde la Psicotecnia y la orientación profesional comenzaron a perfilarse como herramientas indispensables de conocimiento e intervención.

Después de la Segunda Guerra Mundial comenzó a incrementarse a nivel internacional el papel de la Psicología entendida como profesión, y destinada a la promoción del bienestar humano.

La historia de la profesión en la Argentina se inicia formalmente con la creación de la primera Carrera de Psicología en 1956. (Hermosilla, 2000). Algunos de los hitos que precedieron a esta instancia, fueron, la existencia de cátedras de Psicología en las Universidades del país, si bien dentro de carreras como Medicina o Filosofía y Letras; instituto de Cuyo, primer laboratorio de Psicología de América Latina, fundado en San Juan, por Víctor Mercante en 1891 y el de la Sección de Psicotecnia del Instituto Joaquín V. González, fundado en Rosario en 1940, que también generó la creación de la primera carrera de Psicología (Universidad Nacional de Rosario). Según Klappenbach (1997) muchas de las primeras carreras no fueron de Psicología sino de psicólogo, evidenciando así, el perfil fuertemente profesionalista de las mismas. *“Cualquier debate acerca del Estatuto epistémico de la Psicología dejó lugar al del estatuto o rol de una nueva figura profesional que comenzaba a perfilarse, la del psicólogo”.* (pp. 7/8).

Siguiendo a Hermosilla (2000) es necesario tener en cuenta algunas de las cuestiones que sellaron la formación de los primeros psicólogos en nuestro país y que, atentaron contra la rápida sanción del marco legal de dicha profesión:

- Las carreras en Psicología se abrieron con ausencia de jurados internacionales que garantizaran planteles docentes conformados por psicólogos;
- Esto provocó que los primeros profesores provinieran de distintos campos profesionales, principalmente médicos y también pedagogos, filósofos, etc.
- Lo dicho tuvo una implicancia directa en la aplicación de una formación monoteórica en forma excluyente provocando cierta irrelevancia social en las prácticas, las cuales no estuvieron sustentadas en investigación básica y,
- Como consecuencia directa, el ámbito clínico fue considerado como el prototipo de la salida laboral.

A esto se sumó que, los primeros graduados (año 60) egresaban como profesionales de carrera mayor pero el Estado no los legitimaba formalmente a través de una ley de ejercicio profesional.

Posteriormente, en 1965 se llevó a cabo el 2º Congreso Argentino de Psicología, en San Luis, donde se expuso un anteproyecto que proponía la regularización del ejercicio profesional del psicólogo. El mismo planteaba que el rol del psicólogo, sus incumbencias y normativas, como así también su responsabilidad estaban orientadas a su dependencia del profesional médico. Esto se efectiviza con el decreto Ley 17.132, durante el gobierno dictatorial del General Videla, mediante la Resolución Ministerial 1560/80 por la cual el ministro Llerena Amadeo reglamenta las incumbencias de varios títulos profesionales, entre ellos, el del Psicólogo (en este caso, en un sentido restrictivo: el psicólogo debía ejercer su profesión en dependencia del profesional médico pertinente). (Hermosilla, 2000).

Esta breve referencia histórica del desarrollo de nuestra disciplina nos permite reflexionar sobre la actual formación de grado en su doble vertiente, científica y profesional, y sobre los alcances de dicha formación en los distintos ámbitos de desempeño. De hecho, múltiples son los interrogantes en relación al posicionamiento que se tomará, en las situaciones dilemáticas, en la práctica del psicólogo en su vertiente profesional. Al avanzar en la formación de grado se vislumbra en forma mucho más concreta la necesidad de una preparación que propicie, junto a la formación continua en el uso racional de las tecnologías que puedan ser utilizadas en el desarrollo de la Psicología, la constante reflexión y actitud ética pertinentes.

En función de lo planteado, en este trabajo nos proponemos indagar, mediante un estudio exploratorio, si existe o no un proceso de construcción de una actitud ética en la formación de Psicólogos, en la Carrera de Licenciatura en Psicología, de la Facultad de Psicología de la UNMdP.

Creemos que dicho tema reviste suma importancia en el marco de la reforma curricular ya que, actualmente, en diferentes espacios académicos se está considerando la necesaria modificación de la currícula vigente.

Según Vilanova (1995) en casi la totalidad de las Carreras de Iberoamérica se ha implementado el modelo Bogotá que sostiene una formación profesional y científica de los Psicólogos. Sin embargo, este modelo, inserto en dichas latitudes, ha tenido un efecto sólo formal, adquiriendo un cariz profesional en detrimento de la investigación.

Asimismo, considerando el principio N° 10 para la formación en el Mercosur, según lo manifiestan Di Doménico y Vilanova (1999) se halla claramente expresada

la pretensión de un objetivo en la formación de grado: *“Deberán desarrollarse competencias ético – axiológicas deontológicas, en todos los cursos de todos los niveles, y se encaminarán en la defensa de los principios de derecho, integridad y dignidad de las personas. Esta formación se dará en interacción con contextos en donde aplicar lo aprendido.”*

Pensamos que es necesario indagar si realmente existe la construcción de una actitud ética en los futuros graduados más allá de la mera formulación desiderativa de *“promover el compromiso ético a lo largo de la carrera favoreciendo la formulación de actitudes éticas y reflexivas”*. (Universidad de Chile, 1999).

En virtud de lo planteado, creemos que esta investigación realizaría un posible aporte en el debate referido a si la dimensión ético – deontológico axiológico debería tener un sentido transversal que permeara toda la currícula como así también a los problemas concretos de la práctica psicológica, contribuyendo a la construcción de una actitud ética en el ejercicio de la profesión; construcción de la cual cada graduado debe apropiarse.

Para el logro de los objetivos propuestos seguiremos el siguiente esquema de trabajo:

- Formulación del marco teórico.
- Descripción del estado del arte, comentando las principales investigaciones realizadas hasta el momento, que se vinculan con este trabajo de investigación.
- Esclarecimiento y definición de conceptos “clave” (actitud, ética, moral, sujeto ético, voluntad ética, deontología).
- Fundamentación, tanto filosófica como psicopedagógica de la investigación.

- Reflexión respecto al lugar de la ética y de la deontología en la formación universitaria. Posición asumida.
- Operacionalización de las dimensiones teóricas en que se sustenta el estudio empírico.
- Trabajo de campo (Material y métodos, muestra, formulación y fundamentación del instrumento aplicado, procedimiento empleado, análisis de los resultados).
- Conclusiones obtenidas y propuestas.

II - Marco teórico.

En el presente trabajo hemos tomado como punto de partida la consideración de los aspectos deontológicos y legales que están implicados en la práctica profesional de los futuros egresados de la Carrera de Psicología en la UNMdP, haciendo particular énfasis en los aspectos éticos del ejercicio profesional.

Si bien la Carrera de Grado ofrece al estudiante una formación teórica – científica, un conjunto de tecnologías y recursos terapéuticos, el conocimiento de un código deontológico con el consiguiente desarrollo de una actitud clínica, el futuro graduado deberá contar con una ética personal a la hora de enfrentarse en situaciones concretas de intervención.

Por lo tanto consideramos que, como profesión tenemos que tender a contar con miembros que puedan tomar decisiones no sólo de acuerdo con lo que es permitido sino con lo que es preferible. Una conducta es ética porque es consistente con un principio ético y no necesariamente, controlada por ese principio. Esto implica enfatizar la responsabilidad sustentada en una ética de “*virtudes*” por sobre una ética de ajuste a “*códigos y normas*”.



1. Estado del Arte.

En cuanto a los estudios o investigaciones realizadas que guardan relación con la temática considerada en el presente trabajo, es posible afirmar que el mismo podría resultar innovador en nuestro contexto; ya que, si bien existen diversos trabajos que abordan de una manera u otra esta problemática, en general, lo hacen indagando las posturas y actitudes de graduados (profesionales en ejercicio).

Sin embargo, a partir de un rastreo bibliográfico, hemos hallado algunos estudios que indagan sobre el lugar que tienen la ética y la deontología profesional en la formación universitaria de grado. A continuación, presentamos una síntesis de algunas de las investigaciones más relevantes al respecto.

Investigaciones internacionales:

- En el año 2001, en Granada (España) Antonio Bolívar y colaboradores llevaron a cabo una investigación cuyo objetivo fue indagar si la Universidad prepara para reconocer y practicar los aspectos éticos del ejercicio profesional o, si las dimensiones morales de la profesión forman parte del “currículo nulo”. La investigación, en concreto, tenía como objetivos relacionar la formación - en tanto especificidad - de diferentes carreras universitarias con la enseñanza de las dimensiones éticas de los códigos deontológicos de las profesiones.

Se hizo un Cuestionario sobre enseñanza práctica universitaria con 29 ítems y un inventario sobre ética profesional del estudiante universitario, con 24 puntos, que fue pasado a un total de 1454 estudiantes de la Universidad de Granada (correspondientes a las siete titulaciones investigadas: Educación, Psicología, Derecho, Trabajo social, Ciencia y Tecnología de los alimentos, Medicina y Enfermería). El Inventario sobre ética profesional constaba de ítems comunes a

todas las carreras y, una parte específica referida a la deontología de cada profesión particular.

Los resultados derivados del cuestionario entre estudiantes de las distintas carreras analizadas suelen coincidir en que éstos otorgan gran importancia a la ética en su formación. Sin embargo, estiman que la atención prestada a la enseñanza de estos principios éticos y deontológicos durante su formación, es escasa o nula, salvo en Derecho, Enfermería y Trabajo social.

- Proyecto LOTA (“Laboratorio de Observación sobre Tecnoética para Adultos”): proyecto aprobado por la Diputación General de Aragón, en las convocatorias de 2003 y 2004, dirigido por Carlos Sáenz, director del Centro Concepción Arenal (Zaragoza) y coordinado por Alejandra Cortés Pascual, con la colaboración de Isabel Segura. El fin de este proyecto es enseñar a saber analizar, criticar, elegir y reflexionar sobre las nuevas tecnologías de la información y la comunicación a través de una interpretación axiológica.
- En Francia se desarrolla una intervención en orientación profesional en los organismos de Misión Locale en Francia (Plan de Cohesión Social, 20^o5). Éstos son intermediarios entre el mundo educativo y laboral de los jóvenes entre 16 y 26 años. Se persigue que los valores laborales y las competencias profesionales sean aspectos vinculados entre sí, junto con la orientación vocacional.
- Durante 2005/2006, en la Universidad de Zaragoza, Pilar Alejandra Cortés Pascual, dirigió una investigación: Valores y orientación vocacional. En este trabajo se aboga por la convergencia entre valores y orientación profesional a través de tres líneas de estudio, íntimamente relacionadas: a) la necesidad de inclusión de la tecnoética como contenido de la orientación profesional; b) el significado de los valores laborales y, c) la deontología profesional. Además,

estos tres ámbitos se enlazan con las competencias de acción profesional que se exigen en el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), concretamente, con la personal (saber ser) y la participativa (saber estar).

- Durante el año 2003, en Venezuela, José Gregorio Fonseca Ruiz, llevó a cabo, en la Universidad de Los Andes, con la dirección del Dr. Bonifacio Jiménez, la investigación intitulada: “El desarrollo axiológico del profesorado y la mejora institucional. La investigación tuvo como objetivo general, contribuir en la organización de un conjunto de criterios para la evaluación del desarrollo axiológico del Profesorado de la Escuela de Educación de la Universidad de Los Andes, a fin de promover programas de desarrollo profesional, personal y de evaluación, que garanticen mejoras en la institución. Para su desarrollo, se prestó atención especial a descriptores referidos a la moralidad, eticidad, desarrollo profesional, desarrollo personal, evaluación, mejora educativa, códigos deontológicos y valores educativos. El diseño metodológico que se empleó corresponde al modelo holístico – inductivo de tipo descriptivo y de campo, bajo las consideraciones y premisas que orientan la investigación cualitativa.

El escenario donde se desarrolló fue la Escuela de Educación de la Universidad de Los Andes de Mérida, Venezuela. La población objeto de estudio estuvo conformada por los profesores, alumnos y administradores de la escuela; las muestras fueron seleccionadas por medio de “muestreos no probabilísticos”.

Para recabar la información se diseñó una serie de instrumentos. A los alumnos se les consultó en tres oportunidades a través de tres instrumentos con escalas tipo Likert y escalas de clasificación; a los profesores, en dos ocasiones, por medio de una encuesta y el autoinforme; y a los gerentes y administradores, a través de una entrevista cualitativa en profundidad. Todos los instrumentos

fueron presentados y analizados a través del Modelo Interactivo de Miles y Huberman, lo cual permitió el diseño de esquemas, dibujos, gráficos y mapas conceptuales que coadyuvan a la comprensión de la información recabada. Las conclusiones apuntan a establecer que, para pretender mejoras educativas es necesaria la interrelación de los procesos que abarquen la evaluación del profesorado, el desarrollo profesional y personal y la gestión de la calidad educativa. Para que ello sea posible, el autor considera que es necesario que el profesorado sea colocado como el foco de atención.

Investigaciones nacionales:

- En la provincia de San Luis, en el año 2003, Andrea Ferrero formula su investigación, intitulada: "La ética y la deontología profesional en la formación universitaria. El caso de la Psicología". En este trabajo, la autora plantea la importancia que la ética y la deontología profesional adquieren en la formación universitaria de grado, desarrollando la estrecha relación existente entre el proceso de enseñanza-aprendizaje y la postura ética que forma parte de dicho proceso. Se destaca la necesidad de que la formación universitaria apunte, no solamente a la generación y adquisición de conocimientos y habilidades científicas o profesionales, sino también al proceso de construcción de valores propios de una posición racional y dialógica. A tal fin, se establece la formación de científicos y profesionales, en el marco de la noción de ciudadanía, remarcando la función de la Universidad como formadora de científicos y profesionales socialmente comprometidos y éticamente responsables en la aplicación de su conocimiento. Éstos desarrollos son articulados, en este trabajo,

con ejemplificaciones propias del campo de la formación universitaria en Psicología, a nivel nacional e internacional.

- En la Ciudad de Mar del Plata, durante el año 2003 el grupo de investigación: “Historia, enseñanza y profesionalización de la psicología en los países del Cono Sur de América” puso en marcha el proyecto: “Opiniones expertas sobre la formación de grado en psicología: análisis de concordancia a nivel local y nacional, y comparación con opiniones expertas latinoamericanas y europeas”. (Director del Proyecto: Lic. Di Doménico; Co Director: Dr. Rubén Ledesma; Becario: Lic. Ostrovsky).

Este proyecto procura analizar, a partir de datos empíricos, los rasgos entendidos como comunes en la formación de psicólogos en nuestro país, comparados con los ya relevados en estudios similares realizados en el colectivo de psicólogos latinoamericanos y europeos. Se incluyen, asimismo, los antecedentes históricos que propician la tipificación e interpretación de los datos. El conocimiento previo de la tradición académica de la región, que ha sido motivo de especial atención a partir de la década del 90, opera como ordenador de criterios y de perspectivas. Este estudio se fundamenta en dos realidades complementarias: la exigencia de la carrera de Psicología como regulada (Decreto Ministerial 254/03) y la inserción dentro de los Acuerdos Integradores de Psicólogos del Mercosur, que se desarrollan desde 1994. Este estudio aplica en nuestro medio el cuestionario Delphi desarrollado en el seno del Programa de Mejoramiento de las Currículas en Latinoamérica de la OEI, entendiéndolo que es el único estudio de tal característica, realizado en el área de competencia de dicho proyecto. Asimismo, se procura ampliar los resultados originales y los ahora obtenidos, a través de análisis multivariados.

- A continuación, describiremos brevemente, algunos trabajos de investigación realizados en la ciudad de Mar del Plata, a cargo de docentes de la Facultad de Psicología de la UNMdP. Si bien son trabajos destinados a obtener información respecto a posicionamientos éticos y actitudes de profesionales (y no de alumnos, como se propone en nuestro trabajo), consideramos que son de capital importancia para el presente trabajo, pues contribuyen en la realización del mismo en lo que respecta a metodología, diagramación e instrumentos implementados. Hallamos:
 - A) Dilemas éticos en la práctica profesional de los psicólogos. Diseño de una metodología. Autores: Hermosilla, A.; Liberatore, G.; Losada, M.; Zanatta, A.; Zrinovich, A.; Varela, R. En este trabajo se presenta una metodología de investigación destinada a relevar el posicionamiento de psicólogos y de psiquiatras de la ciudad de Mar del Plata, respecto de las normas deontológicas. Esta investigación parte de la utilización de un cuestionario con situaciones dilemáticas de la práctica profesional. Para el análisis del mismo se propone un diseño específicamente elaborado donde se cruzan las respuestas con indicadores de las dimensiones planteadas a partir de artículos del código de ética. Los autores piensan que la metodología propuesta permitirá obtener datos de una muestra representativa que posibilite profundizar un diseño de investigación que pueda ser en otra instancia aplicada a escala mayor.
 - B) Actitudes de profesionales de la salud hacia el paternalismo, la autonomía de los usuarios y la deliberación moral. Autora: Dra. Mónica Anahí Zanatta.
La interacción entre médico y paciente, según el modelo paternalista, era claramente asimétrica. En las últimas dos décadas, la relación médico-paciente ha ido cambiando, otorgando un rol más activo y autónomo a los pacientes en las

decisiones médicas. Este trabajo se propuso describir las actitudes de los profesionales hacia el paternalismo, la autonomía de los pacientes y la deliberación moral.

Los profesionales mostraron un alto grado de acuerdo con las afirmaciones referidas a deliberación moral, y menor grado de acuerdo con las de paternalismo. Por otro lado, hubo un alto grado de coincidencia entre los resultados obtenidos acerca de la influencia de las variables demográficas en el análisis individual de las afirmaciones, y los obtenidos en el análisis de las dimensiones de paternalismo, autonomía y deliberación moral, indicando que la metodología utilizada fue válida. Se obtuvieron como resultados: 1- la actitud hacia la autonomía estuvo asociada con el género y 2 – hubo una tendencia consistente, de los médicos con menor experiencia, a mostrarse menos favorables hacia la autonomía de los pacientes.

- C) Análisis del posicionamiento ético de los profesionales ante situaciones dilemáticas. Autores: Lic. Losada; Dra. Zanatta; Lic. Liberatore.

En este trabajo se presentan los resultados obtenidos en un estudio empírico sobre dilemas éticos de la práctica profesional. El objetivo de esta investigación consistió en indagar el posicionamiento ético y deontológico de los profesionales psicólogos. Los resultados obtenidos fueron analizados agrupándolos en torno a una misma temática. Se seleccionaron las situaciones dilemáticas referidas a las relaciones extraterapéuticas de los profesionales psicólogos con sus ex-pacientes, supervisados y alumnos. Los datos obtenidos fueron analizados de acuerdo a las variables de años de ejercicio profesional y marco teórico, permitiendo describir las respuestas en los diferentes grupos.

En la mayoría de los profesionales consultados, las respuestas fueron favorables a iniciar una relación amorosa en los casos planteados, tanto con ex pacientes, como alumnos o supervisados. Mientras que entre quienes consideran que no iniciarían una relación de ese tipo, la fundamentación que dan para su respuesta tiene que ver con aspectos técnicos, y hay una escasa referencia deontológica. Respecto al análisis efectuado de acuerdo a la variable antigüedad, también se destacan las fundamentaciones basadas en aspectos técnicos, no pudiendo establecer de manera concluyente, diferencias en los distintos grupos. En cuanto al análisis de acuerdo a la variable marco teórico, se concluyó que no se observa una incidencia clara de esta variable en las respuestas. Finalmente, en todas las escuelas aparece una escasa fundamentación de las respuestas desde lo deontológico y la misma está más ligada a los aspectos técnicos.

- D) "Evaluación del cumplimiento de las incumbencias de los psicólogos en las Instituciones de Salud Mental". Autor: Lic. Losada. Esta investigación constituye una aproximación exploratoria que toma como objeto de estudio los profesionales actuantes en la interdisciplina de la Salud Mental, indagando la relación existente entre el conocimiento teórico legal de las incumbencias propias de su profesión y su puesta en práctica dentro del campo psicológico. El objetivo de esta investigación se encuadra en la identificación del desempeño del rol del psicólogo que participa junto con otros actores del campo de la salud pública institucional, detectando y tipificando el cumplimiento efectivo de las incumbencias normadas en vistas de una mayor concientización de los límites y alcances reales del rol. En este trabajo se exponen los resultados de la investigación realizada en el 2001-2003, con el fin de evaluar el cumplimiento de las incumbencias de los psicólogos en grupos de trabajo interdisciplinarios en

Salud Mental y se proponen las conclusiones con el intento de optimizar la tarea profesional del psicólogo en dichos equipos.

- E) "Paternalismo, autonomía y consentimiento informado en la interacción profesional de la salud-usuario. Autora: Dra. Zanatta, Anahí. (2003). En este trabajo se desarrollan los conceptos de paternalismo, autonomía y consentimiento informado y se analizan las diferentes posturas teóricas así como sus consecuencias en la práctica clínica. A través de un estudio empírico, se procura obtener datos del proceso de obtención del consentimiento informado, como así también, valorar la actitud de los profesionales de la salud hacia el paternalismo y la autonomía de los pacientes. (Este trabajo es la Tesis Doctoral, realizada por la mencionada autora, en Sevilla en el año 2003).

2. Hacia una definición de los términos: actitud, ética, moral, sujeto ético, voluntad ética, deontología.

2.1. Actitud:

La actitud es una tendencia a evaluar de determinado modo una situación y actuar en consonancia con dicha evaluación (Vander Zander, 1986). De este modo, se la puede entender como una orientación social; es decir, como una inclinación subyacente a responder a algo de manera favorable o desfavorable.

Desde la perspectiva de la Psicología Social se distinguen tres elementos presentes en una actitud:

a) Componente cognitivo: es el modo en que se percibe un objeto, suceso o situación. Son los pensamientos, las ideas y creencias que un sujeto tiene acerca de algo.

b) Componente afectivo: consiste en los sentimientos o emociones que producen en un individuo la presentación afectiva de un objeto, suceso o situación, o su representación simbólica. Entre estas emociones hallamos: el temor, la simpatía, la piedad, el odio, la cólera, la envidia, el amor, etc. Si bien el nivel emocional se diferencia del cognitivo, ambos pueden presentarse juntos.

c) Componente conductual: es la tendencia o disposición a actuar de determinada forma con referencia a algún objeto, suceso o situación. Es importante destacar el sentido de tendencia y no de la acción en sí.

Basándose en la premisa de que todos los seres humanos tienen una amplia variedad de necesidades, Daniel Katz (1960) propuso una teoría funcionalista de las actitudes, considerando que éstas están determinadas por las funciones que cumplen para los otros. Así, el individuo mantiene ciertas actitudes porque lo ayudan a alcanzar sus metas básicas. Este autor distingue cuatro tipos de funciones psicológicas cumplidas por las actitudes: 1- Función de adaptación; 2- Función de defensa del yo; 3- Función de expresión de valores y 4- Función de conocimiento.

Muchos son los investigadores que sostienen que las actitudes ocupan un lugar decisivo en nuestra conformación mental y, consecuentemente, afectan nuestro accionar. De este modo, entender nuestras actitudes es entender nuestra conducta.

Sin embargo, la consideración de que nuestras actitudes permitan predecir con bastante exactitud nuestras acciones no ha sido confirmada en grado sumo por la observación. Es más, muchos estudios revelan una falta de correspondencia, o bien, una baja correspondencia entre las actitudes expresadas verbalmente y el comportamiento manifiesto de un sujeto. De allí la importancia de rescatar, en el concepto de actitud, su carácter de tendencia o predisposición.

2.2. Ética:

Ética proviene del griego εθος εος [ουσ] το y significa costumbre, hábito, uso. (Pabon S. De Urbina, 1979). El sustantivo Ética designa a la rama de la Filosofía que tiene como tema al acto moral; mientras que, como adjetivo, se lo aplica a la conducta del individuo que – a partir del ejercicio reflexivo – se posiciona críticamente frente a la norma y asume voluntariamente la responsabilidad sobre los efectos de su acto. Por tal motivo, Fernando Savater (1984) sostiene que la ética nos sirve en primera persona, es decir, para saber si *“lo que yo hago”* está bien.

Una mirada muy rápida hacia la historia del pensamiento nos permite rescatar ciertos conceptos imprescindibles en el desarrollo de la noción de la ética.

Así, Aristóteles concibe como objeto de la ética la investigación del Bien, que no es un concepto sino un principio variable, definido como *“actividad del alma conforme a la virtud”*; (naturalmente, la virtud más alta es el intelecto desde esta propuesta).

La virtud es para Aristóteles *“aquella actitud de nuestro querer que se decide por el justo medio, y determina este medio, tal como suele entenderlo el hombre inteligente y juicioso”*. (Eth. Nic. B, 6; 1106 36).

Y ya que la naturaleza específica del hombre consiste en su ser racional, y éste se escinde en pensar y querer, se desprenden para este autor dos grandes grupos capitales de virtudes: las dianoéticas (perfecciones del puro entendimiento) y las éticas (consisten en el sometimiento del cuerpo al dominio del alma).

Con una visión realista Aristóteles considera que el camino más seguro para la virtud es la ley, que encauza la conducta del hombre por ciertas vías. Su planteo



puede considerarse como la primera genealogía de los valores y, a la vez, como la fundamentación filosófica de una fenomenología del carácter humano.

Como en Platón y en Aristóteles se piensa también en la estoa – y esto es fundamental para toda concepción ética – que el alma racional es la que ha de regir en el hombre. (“*alma rectora*”).

Un concepto fundamental sostenido por la estoa es que, el que obra lo que tomado en sí es recto, pero de modo que tal rectitud es un resultado casual o bien consecuencia de una natural inclinación, no ha llegado con ello, a una moralidad plena. Sólo posee la perfección quien hace el bien formalmente bajo la idea de lo debido, por el deber mismo. Se acerca uno así al carácter normativo ideal de lo ético. (Hirschberger, 1979). Es lo que ha valorado Kant en la ética estoica, y por lo que tradicionalmente se ha mirado a la moral estoica como a la ética del deber; si bien no es exacto llamarla simplemente ética del deber, ya que, lo que es “*justo y debido*” de lo que emana el concepto de acción moral, implica una fundamental concepción basada en el ser, sin inducir en manera alguna aquella oposición entre ser y valor que es característica en la ética moderna y que ha abierto – desde Kant – un abismo entre la razón teórica y la razón práctica, asignando a la primera el ser y a la segunda, el deber ser y el valor.

Steiner (1985) considera que el término “*ética*” se refiere al sistema de valores y a las reglas de conducta según las cuales la gente trata de vivir en sociedad; alude a la “*corrección*” de los motivos y de las conductas. En una sociedad moral es necesario entender los problemas éticos que entrañan aquellas reglas según las cuales los miembros de determinados grupos de la sociedad segregan de ésta a algunas personas.

Una de las tareas de la ética como disciplina filosófica es la de delimitar su propio campo y diferenciar los espacios dentro del mismo. Como este campo es dinámico, está en movimiento y se ha reconfigurado de manera bastante significativa en las últimas décadas - debido a la incidencia de los importantes replanteos de la teoría ética realizados por los filósofos contemporáneos - reina todavía una cierta anarquía en la abundante literatura existente sobre el tema. De Zan (2004) opina que la sistematización de los manuales no da cuenta - la mayoría de las veces - del estado del avance de la disciplina.

En la vida social nos encontramos permanentemente con un nivel prerreflexivo de valoraciones "éticas" y de normatividad moral, no diferenciadas ni cuestionadas, sino incorporadas a las costumbres y en las formas de acción social conforme a valores y normas, que son analizadas por los sociólogos; pero también en la manera de reaccionar frente a las acciones que se apartan de esta normalidad de la acción tradicional, conforme a las costumbres, en la manera de enjuiciarlas, etc. En las transgresiones y el enjuiciamiento de las mismas la moralidad social espontánea comienza a hacerse reflexiva.

Para una determinación más completa del campo disciplinario de las investigaciones éticas habría que distinguir y separar a la ética filosófica, especialmente en cuanto ética normativa, de la ética descriptiva, que tiene por objeto las valoraciones y reglas sociales de la moral positiva, de hecho vigente en una sociedad, a la cual se suele contraponer la moral crítica o racional, que sería la ética filosófica. (Maliandi, 2004).

La ética descriptiva enuncia, analiza y explica los fenómenos y conflictos morales, e incluso puede llegar a predecir las conductas posibles de los individuos y de los grupos en situaciones típicas, conforme a sus creencias y hábitos morales.

La ética como ciencia del campo de la filosofía comprende a su vez:

- a) La ética ontológica, que trata el punto de vista de la “ética” en cuanto diferente a la moral, y es desarrollada generalmente en la actualidad un método fenomenológico o hermenéutico. Ésta es la parte sustantiva de la teoría ética, la cual se orienta a explicitar el sentido de la vida buena, ya sea fundada en una determinada concepción antropológica y metafísica o, de una manera contextualista e historicista, en relación con los valores e ideales constitutivos de la identidad de una cultura. Esta parte o enfoque de la ética es el que se ha desarrollado sobre todo en la tradición de la ética filosófica de la antigüedad griega y del medioevo, pero no es extraña tampoco a la tradición moderna del empirismo. La filosofía contemporánea más reciente ha recuperado esta dimensión de la reflexión sobre la identidad del sujeto moral.
- b) La ética normativa, o ética del deber (deontológico) y de la justicia, para la cual se reserva el nombre de moral, siguiendo una convención que se está imponiendo en los últimos. Ha sido la parte de la ética filosófica predominante en la modernidad, que se refiere a la fundamentación (y a la crítica) racional de las normas y principios morales mediante diferentes vías independientes de presupuestos ontológicos y metafísicos, como lo proponen de manera especialmente explícita las éticas procedimentales. La distinción corriente en la filosofía analítica entre éticas deontológicas, en sentido restringido, y éticas consecuencialistas, como el utilitarismo, representa dos orientaciones (rivales o complementarias según los autores) que se ubican dentro de la ética normativa. En cuanto a la posible relación entre a) y b), se plantean en diferentes autores, ya sea como dos partes sistemáticamente conectadas, como dos enfoques independientes, pero complementarias, o como dos concepciones rivales y excluyentes.

c) En las últimas décadas se han desarrollado en el campo de la ética algunas nuevas especialidades con el nombre de éticas aplicadas, como la bioética y, en especial, la ética de las decisiones clínicas en medicina, la ética de la economía y de la empresa, la ética de la investigación científica, etc.

La denominación “*ética aplicada*” no es muy feliz por cuanto reproduce la diferencia corriente entre ciencia teórica o básica y ciencia aplicada o tecnología. Siguiendo a De Zan (2004), aunque es corriente hablar hoy de “*teorías éticas*”, la ética no es en ninguna de sus partes una ciencia teórica sino que, como ya lo había determinado claramente Aristóteles, y lo reiteraron los grandes filósofos modernos como Kant y Hegel, es parte de la filosofía práctica. En tal sentido, toda ética es ya siempre “*aplicada*” y tiene como fin la realización o la praxis de lo que ella estudia. De ahí, que la ética aplicada debe ser vista como una actividad interdisciplinaria en la que se procura resolver, racionalmente, problemas profesionales que se plantean en situaciones complejas, en las que intervienen diferentes ciencias.

d) La metaética analiza el significado de los términos morales y el uso del lenguaje que se hace en los enunciados valorativos y normativos, ya sea en el lenguaje moral de la vida cotidiana, como en la propia filosofía moral, o ética filosófica. En los clásicos de la filosofía moral encontramos siempre un nivel de reflexión metaética, pero éste se ha constituido recién en el siglo XX como una disciplina diferente de la ética normativa conocida como teoría de la argumentación moral.

2.3. Moral:

El término moral procede del latín *mos* – *moris* (m) y tiene como acepciones: costumbre, modo de vivir de acuerdo con las leyes o de acuerdo con la tradición. Carácter, modo de ser. Norma, precepto. (García De Diego, 1979).

El sustantivo moral se usa para referirse al conjunto de lo normatizado como bueno en cada época y/o lugar; mientras que, como adjetivo se lo utiliza para designar la relación del individuo con las normas aceptadas por un grupo humano en un tiempo histórico y en una geografía determinados.

De este modo, si bien tanto ética como moral – pese a provenir de raíces lingüísticas diferentes – tienen, etimológicamente, la misma significación de costumbre en sentido amplio, poseen connotaciones distintas.

Al respecto Brown (1985) establece que muchas veces se utilizan los términos “moral” y “ética” en forma intercambiable pero, aunque estos términos ciertamente convergen y se superponen, cada uno tiene un sentido diferente y una relación importante con la práctica profesional.

La orientación moral implica la capacidad para distinguir entre el bien y el mal, y tiene sus raíces en los preceptos y ejemplos que se le dieron al niño durante su desarrollo dentro de la familia y se reforzaron con la socialización secundaria. Todo esto contribuye a la formación de un superyo que genera disonancia cuando existe el peligro de que se viole un imperativo moral.

En el contexto profesional, los códigos de ética están impregnados de moralidad, dice este autor. Un cuerpo de colegas se los impone al profesional, de tal manera que el conocimiento del bien y del mal se fusiona con los dictados relativos a la conducta profesional. El ingrediente esencial de la moralidad está incrustado en esta forma dentro del concepto de la ética, y la debilidad de uno u otro puede menoscabar la integridad profesional. Además, los cuerpos profesionales también formulan normas con objeto de mantener la calidad y la consistencia: “*Todos los*

psicólogos que ejercen profesionalmente deben guiarse por un conjunto uniforme de normas, así como se guían por código común de ética". (A.P.A., 1977)

Zerón (1996) define a la moral como la ciencia que trata del bien en general, y de las acciones humanas en orden a su bondad o malicia. Moral es, según este autor, lo que no concierne al orden jurídico sino al fuero interno o al respeto humano. Es un conjunto de reglas, normas de convivencia y de conducta humana que determinan las obligaciones de los seres humanos en sus relaciones entre sí y con la sociedad. La moral se identifica con las *"normas de conducta personales o sociales que se refieren a la bondad o maldad de los actos de esa conducta"*.

Tales normas de conducta no derivan de un deber ser axiológico o filosófico, sino de una realidad concreta en una situación histórica dada por el código moral de una sociedad determinada. Este Código Moral consiste en el conjunto de reglas o principios de moralidad que son usualmente conocidos y aceptados usualmente por la generalidad de los miembros de un determinado grupo social, y a los que acompañan sanciones de grados variables de severidad. Por lo tanto, la conducta moral es aquella que está acorde con el Código Moral dominante, o sea, con lo que es aceptado por la generalidad de los miembros de un determinado grupo social; lo cual implica que *"lo aceptado"* en un momento histórico, puede dejar de serlo en otro.

2.4. Ética y Moral: diferencias planteadas a lo largo de la historia del pensamiento.

Las palabras *"ética"* y *"moral"* tienen un significado etimológico semejante en sus raíces griega y latina. En el uso común se emplean casi siempre indistintamente y, a veces, conjuntamente, aunque quienes las usan así probablemente no serían

capaces de expresar con precisión si significan lo mismo o si se refieren a algo diferente.

En el lenguaje filosófico contemporáneo se han estipulado, sin embargo, dos distinciones y dos clases de definiciones diferentes de estos términos. En un primer sentido se comprende a lo moral como una dimensión que pertenece al mundo vital y que está compuesta de valoraciones, actitudes, normas y costumbres que orientan o regulan al obrar humano. Se entiende a la ética, en cambio, como la ciencia o disciplina filosófica que lleva a cabo el análisis del lenguaje moral y que ha elaborado diferentes teorías y maneras de justificar o de fundamentar y de revisar críticamente las pretensiones de validez de los enunciados morales. Conforme a este uso del lenguaje, la ética puede considerarse como una ciencia que pertenece al campo de la filosofía, como la metafísica o la epistemología, mientras que la “moral” es, en general, el objeto de la ciencia; es decir, lo que ella estudia. (De Zan, 2004).

Hay otra manera de definir y de diferenciar los términos “ética” y “moral”, que se ha planteado a partir de la crítica de Hegel a la ética de Kant, y de su fuerte diferenciación entre “moralidad” y “eticidad”. Este otro uso de los términos se ha generalizado recientemente fuera del contexto sistemático de la filosofía hegeliana.

En los escritos de ética de los filósofos modernos y contemporáneos encontramos planteadas dos clases de cuestiones: a) la cuestión de lo que es bueno para mí como persona y para nosotros como comunidad; b) la cuestión de lo que es correcto o de lo que es justo en las relaciones con los otros.

Los distintos autores se han ocupado de estas dos clases de cuestiones. Pero también puede considerarse que ambas, tanto las preguntas y las discusiones

acerca del bien, como las que están centradas en el tema de la justicia, pertenecen al campo disciplinario de la ética, no obstante que se trata de cuestiones distintas, y que quizás tengan que ser tratadas con métodos diferentes. Esta diferencia, que estaba implícita en Kant, comienza a hacerse reflexiva a partir de Hegel.

En la filosofía de Hegel, esta distinción que él marca fuertemente no tiene, sin embargo, la intención de oponer de manera excluyente la “ética” contra la “moral” sino de eliminar la confusión, y de estudiar la relación dialéctica entre ambas; distinguir para unir. Al comienzo de su Filosofía del Derecho Hegel introduce esta distinción terminológica en los siguientes términos: moralidad y eticidad, que corrientemente valen como sinónimos. (Hegel, 1935).

El lenguaje kantiano usa con preferencia la expresión moralidad y, en realidad, los principios prácticos de su filosofía se limitan completamente a este concepto y hacen imposible el punto de vista de la eticidad, a la que incluso expresamente aniquilan y subvierten. Aunque moralidad y eticidad sean sinónimos según su etimología, esto no impide usar estas dos palabras diferentes para conceptos diferentes.

Mediante la introducción de esta convención terminológica, Hegel quería marcar la diferencia entre la “eticidad” concreta – realizada como una forma de vida y como el ethos de una comunidad, que es lo que había sido tematizado en la filosofía griega antigua de Platón y de Aristóteles – y el concepto moderno de la “moralidad” como un orden de principios universales, producto de la reflexión de la conciencia sobre la ley moral y el deber de la voluntad autónoma, que es el punto de vista de la ética kantiana. (De Zan, 2003). Hegel comprende la eticidad concreta como esencialmente histórica y piensa que recién en el sistema de las instituciones

del Estado de derecho y de la sociedad civil moderna se ha alcanzado una eticidad que respeta y realiza, en principio, las exigencias de la moralidad.

El uso de los términos “moralidad” y “eticidad” en el lenguaje filosófico poshegeliano ha asociado algunas veces el punto de vista de la eticidad con el historicismo y el relativismo ético, y por otro lado, en cuanto este punto de vista se remite a las costumbres e instituciones de una tradición, presenta un sesgo que se ha considerado también como conservador. El término “moralidad” se asocia, en cambio, con la pretensión de fundamentación filosófica de principios morales igualmente válidos para todos los seres humanos, es decir, con una posición filosófica racionalista y universalista. El punto de vista de la moralidad se ha considerado también como una orientación más crítica y progresista. Es claro que los calificativos “conservador” o “progresista”, asociados a la ética de la eticidad y de la moralidad, respectivamente, son valoraciones relativas y polémicas. Si se atiende a las orientaciones más recientes del pensamiento posmoderno puede decirse que estas valoraciones tienden a invertirse.

Los ensayos de síntesis o de unificación de estas dos instancias de la “ética” y la “moral” (como el que llevó Hegel en su sistema) así como el abandono de alguna de ellas, o el reduccionismo de la una a la otra, se han mostrado, sin embargo, como operaciones inconsistentes en la teoría y de alto riesgo en la praxis. (De Zan, 2002).

Algunos filósofos contemporáneos – Ricoeur, Habermas, entre otros – han retomado esta diferencia independientemente de los presupuestos sistemáticos de la filosofía de Hegel, entendiendo en general a la moral como la tematización de los principios universales de la moralidad y a la ética como la tematización del ethos histórico particular de cada comunidad. “Moralidad” alude a la forma incondicionada

del deber, de la obligación, de la rectitud, la justicia y la solidaridad en las relaciones con los demás; al respeto de la dignidad de la persona, de la pluralidad de las culturas, de las formas de vida y de los derechos humanos fundamentales. Ésta es la dimensión de lo moral que ha sido especialmente puesta de relieve y estudiada por Kant y por las teorías éticas de orientación kantiana.

El ethos, en cambio, en cuanto tema de la “*ética*” se puede describir como un conjunto de creencias, actitudes e ideales que configuran un modo de ser de la persona, o la personalidad cultural básica de un grupo humano, tal como la conciben los antropólogos. Por eso la ética alude en este sentido a una concepción de la buena vida, a un modelo de la vida virtuosa y a los valores vividos de una persona o de una comunidad, encarnados en sus prácticas e instituciones. La “*ética*”, así entendida, se interesa - ante todo - por el sentido o la finalidad de la vida humana en su totalidad; se preocupa por el bien o el ideal de la vida buena y de la felicidad. (Cortina, 1986).

En la “*ética*” se revelan o se encuentran ya dados, incluso, los fines más elevados que orientan la existencia del hombre o de los miembros de una comunidad en cuanto tales, y a través de los cuales ellos creen poder alcanzar la felicidad o el bien supremo. Desde esta perspectiva la “*ética*” se vincula, casi siempre, con la religión.

Así, la distinción entre lo “*ético*” y lo “*moral*” se reencuentra tanto en el campo objetual, de los fenómenos morales, como en el campo de lo epistémico de la Ética como disciplina filosófica.

2.5. Sujeto ético y voluntad ética.

Tal como plantea Calo (2001) es imposible que exista un código de ética completo que contemple todas las situaciones posibles y prescriba las conductas a seguir en cada caso. Las situaciones posibles son innumerables y, si bien puede prescribirse para situaciones entendidas como modelo, la relación de cada situación con el modelo es siempre una interpretación. Además, los valores son regionales y epocales, lo cual conlleva a la revisión periódica de los códigos por la comunidad profesional.

Cada profesional se constituye en sujeto ético en la medida que, libremente, asuma una postura reflexiva y crítica frente a la situación con la que se enfrenta. En este sentido existe una posibilidad, cierto margen de elección ética, de posicionamiento que podríamos definir como voluntad ética. La posibilidad de ejercer esa voluntad ética, de poder concebir su factibilidad, está incluida en el hecho de que su procesamiento trascienda el mero marco individual y pueda ser procesado grupal y socialmente. (Kordon, 1995).

2.6. Deontología:

Etimológicamente el término deontología proviene de dos palabras griegas: “*deontos*” (δεοντοσ) y “*logos*” (λογος) y puede traducirse como tratado o ciencia del deber; ya que deontos significa: lo que es necesario, preciso o debido // necesidad , deber, obligación // lo conveniente, oportuno o a propósito; mientras que logos, tiene una amplitud de acepciones (exactamente, sesenta y cuatro) dentro de las cuales se destacan: palabra, tratado, discurso, conversación, coloquio, inteligencia, juicio, buen sentido, estudio, entre otros. (Pabon S. De Urbina, 1979).

El término deontología fue acuñado por el filósofo inglés de la escuela utilitarista Jeremy Bentham, a fines del siglo XVIII. Según Alonso Muñozerro, Bentham introdujo dicha palabra con el fin de sustituir la de moral, término que rechazaba por sus connotaciones, ya que acercaba la mente al concepto de un Legislador Supremo y a aspectos trascendentes a la razón. Posteriormente, Simon, aplicó por primera vez la palabra deontología a la medicina en su Tratado de Deontología Médica; y, en esa línea, dicho concepto se ha limitado, fundamentalmente, al ámbito de las profesiones intelectuales que se desenvuelven en un régimen de autonomía. Por eso, en la actualidad, cuando se habla de deontología se piensa en los deberes que impone a los profesionales el ejercicio de su actividad peculiar. (López Guzmán, 1994; Zerón, 1996).

A diferencia de la norma jurídica que existe desde su positivación, la norma deontológica – como la moral – preexiste a ésta y, en principio, vincula al hombre con la obligatoriedad que reviste la ley moral. El fundamento de la deontología se encuentra en la propia naturaleza humana, ya que ésta se encuentra necesariamente sujeta a la ley moral, la cual es para él una norma imperativa.

López Guzmán (1994) refiere el modo en que Pellegrini caracteriza a las normas deontológicas. Según este último, sería posible distinguir: una deontología mayor, impuesta por el derecho positivo; otra menor, dimanante de los entes profesionales, y una accesorio, constituida por normas de carácter religioso, político o contractual. Sin embargo, López Guzmán considera, que esta clasificación no puede aceptarse sin matizaciones.

Las normas éticas se hallan enraizadas en la naturaleza humana y se deducen a partir de operaciones de la razón. Son, por lo tanto, patrimonio común de todos los hombres.

Los principios deontológicos son aquellos que dictan las reglas de acción necesarias para el ejercicio de una profesión, que se dirigen al ser humano considerado como sujeto, donde el objeto no es la materia o el fin de un producto económico, sino un servicio que pone en relación a una persona con otra considerada por sí misma.

También se ha dicho que deontología es la ciencia de los deberes de aquellos que ejercen una profesión; de tal modo que un Código Deontológico es una interpretación de los principios generales de la profesión y de las actitudes en las actividades profesionales.

Es común que los profesionales que han alcanzado un alto nivel de estabilidad y de organización, posean un Código de Ética con el objeto de orientar y de regir la conducta moral de sus miembros en el desempeño de sus funciones. Hoy podemos definir al Código de Ética Profesional diciendo que es la ordenación sistemática de principios, normas y reglas establecidas por un grupo profesional para su propia vida, con el fin de regular y dirigir la conducta moral de sus miembros o sus relaciones mutuas. (Zerón, 1996).

La palabra código (del latín, codees: códice) significa un cuerpo de leyes dispuestas según un plan metódico y sistemático, o bien, es un conjunto de reglas o preceptos sobre cualquier materia. Por ser de Ética, queda entendido que este Código ha de ocuparse de la moral y de las obligaciones del ser humano; de los actos de los individuos, no como hechos, sino juzgados por sus valores morales.

El código, según López Guzmán (1994) posee una función primaria en la que coincide con el Derecho y la Moral: *“condicionar el comportamiento de los miembros*

de un colectivo profesional en un sentido concreto, inclinar a los profesionales a actuar siguiendo un determinado modelo”.

Al decir profesional, se entiende que el código está dirigido al campo específico de una profesión, así como hay otros que se ocuparían de otros campos. Profesión es la acción y efecto de profesar; y, profesar es ejercer una ciencia, un arte, un oficio, etc.

Podemos decir que una profesión, tal como la conocemos desde el siglo XIX, es un conjunto de conocimientos teóricos y prácticos, aplicados dentro de una estructura o actividades con funciones determinadas. Los conocimientos y actividades de una profesión se distinguen perfectamente de los de otras, y esta profesión tiende a organizarse para obtener mejor status y ventajas para sus miembros.

En general, el término profesión se aplica a aquellas ocupaciones de tipo no manual, que exigen una prolongada preparación y una competencia en un campo específico. La competencia queda sancionada por un título y es considerada como exclusiva del campo profesional. (Cfr. Fernández Pérez, 2001 y Gyarmati, 1984).

Una profesión debe responder a los siguientes atributos:

- a) tener funciones definidas;
- b) principios orientadores de sus actividades (Deontología);
- c) conocimientos, técnicas y actitudes identificables;
- d) ejercicio reservado a un personal especialmente preparado;
- e) público dispuesto a retribuir sus servicios;
- f) formación en el ámbito universitario.

La profesión involucra vivencialmente a quien la profesa, pues las actividades profesionales son tan definidas, tan ricas en deberes y responsabilidades, que envuelven completamente a aquellos que se entregan a ellas.

En toda profesión cabe destacar especialmente su sentido de servicio y la tendencia a ser de utilidad y de beneficio al grupo social. Así, puede decirse, que la profesión no proporciona una capacidad cualquiera, sino una capacidad peculiar que faculta específicamente para contribuir con inteligencia y eficacia al bien común. La profesión implica un deber para con la sociedad. (Zerón, 1996). Los tres valores sociales que componen el concepto de una profesión, son los siguientes:

1. El valor que se concede al conocimiento sistemático e intelectual: SABER.
2. El valor que se concede al conocimiento práctico y al grado de adiestramiento de: HACER.
3. El valor que se concede a la unión del conocimiento teórico y práctico para ponerlas al servicio de los demás: AYUDAR.

Estos tres valores deben estar unidos en el concepto de una profesión para que merezca el reconocimiento y el respeto.

3. Fundamentación.

3.1. Fundamentación filosófica:

La fundamentación filosófica de la investigación se sustenta en premisas que se extraen de la axiología, con las cuales se intenta asumir una posición con respecto al problema de los valores.

Desde el último decenio del siglo XIX ha ido adquiriendo auge una disciplina filosófica, "*la teoría de los valores*" o "*axiología*", que se ocupa de descifrar y de

estudiar qué es el “*valor*”. Respecto de la índole del valor, se han enunciado diversas teorías que habitualmente se clasifican en dos grupos: subjetivistas y objetivistas.

La axiología tiene como objeto de estudio dilucidar, desde la perspectiva filosófica, la dicotomía entre el “*ser*” y el “*valer*”. Esta disyuntiva es conocida como el problema de los valores.

La preocupación más importante y trascendental del pensamiento filosófico y pedagógico actual está constituida por la explicación y determinación del concepto “*valor*”. El mismo ha sido tratado por muchos pensadores desde hace tiempo pero, es sólo a finales del siglo pasado cuando empieza a ser considerado con mayor precisión y formalidad. (Fonseca Ruiz, 2002).

La necesidad de precisión en el concepto del “*valor*” ha conllevado a que en la axiología se coloque como imperativo categórico que el concepto de valor sea tratado con un significado genérico, suponiendo que las diversas especies de valores lo son precisamente de un único género. Este imperativo categórico es el que permite, por un lado, que la axiología adquiera su legitimidad; y, por otro, que el problema de los valores pueda ser formulado de manera más consistente y válida.

Desde el punto de vista histórico, el desarrollo y determinación del concepto del valor ha producido una disyuntiva o dicotomía debido a que se han enunciado diversas teorías que se clasifican tradicionalmente en subjetivistas y objetivistas. Así, quien afirme que los valores existen independientemente del hecho de que sean o no evaluados o estimados, evidentemente sostendrá una teoría axiológica objetivista; en cambio, quien sostenga que no hay valores independientes de los sujetos que efectúan las valoraciones, adoptará una postura subjetivista.

Lo primero y fundamental que hay que dilucidar y explicar para considerar la sustentación óptica de los valores, es preguntarse sobre la manera de ser de los valores. Para los filósofos antiguos la *“idea”* ocupa el lugar del valor. Sin embargo, Hartmann (1954) señala que la consideración griega sobre el valor, sólo resalta en la idea el contenido, con lo que no se destaca su manera de ser; lo cual es evidentemente diferente a la de los principios ónticos.

En la modernidad es Kant quien logra resaltar, de manera muy precisa, a la ley moral de los principios del objeto a través del concepto de *“deber ser”*, colocando el origen del *“deber ser”* en la razón, con lo que, según Hartmann, surge una nueva dificultad en el concepto de valor. Si se entiende esta razón como práctica sería a ella misma a la que toca decidir libremente en pro o en contra de la ley moral. Es decir, tiene que prescribir, por un lado, la ley como ley suya que es y, por otro lado, poseer un espacio libre para oponerse justa a esta ley. Si tal ley no poseyese ese espacio, quedaría sometida a la ley *“como una ley natural”* y por consiguiente sería infalible en su actividad, pero su inhabilidad no sería su valor moral.

Para Hartmann (1954), lo que ha hecho Kant es unir en la razón práctica dos autonomías heterogéneas, una la de la ley del *“deber ser”*, y la otra, la de la decisión frente a la ley, lo cual le parece patentemente imposible.

La aporía sobre la manera de ser del deber constituye – según los autores contemporáneos - el problema fundamental del valor, aún no resuelto y, en el estado actual de la axiología todavía enteramente insoluble, con lo que se constituye entonces como el aspecto más metafísico y necesario en el estudio del valor.

Además, dicha aporía se encuentra en todos los restantes dominios del valor, en el llamado dominio de los valores de bienes, en el de los valores vitales, en el de

los valores estéticos, y otros. Consiguientemente, esta aporía no se puede considerar superada en modo alguno, declarando autónomos estos dominios del valor.

En síntesis, la situación sobre el deber ser de los valores queda expresada en la siguiente proposición: lo sustraído a la aprobación del sujeto existe "*en sí*", no indicando con ello que necesite ser real, pues la realidad no juega para nada en lo referido a la manera de ser de los valores. La consideración de que los valores existen con patente independencia de que se los realice en el mundo y sin importar la medida en que se los realice, constituyen el hecho de que sólo de esta manera es posible que los valores morales tengan un carácter de deber ser, por lo tanto es necesario atribuirles otra manera de ser.

El ser ideal de los valores constituye, hoy en día, un problema abierto e insoluble por el momento, dada su reciente aparición y su escasa comprensión en todos sus ámbitos; por lo que su especie se puede admitir fácilmente pero no mostrar directamente ni tampoco precisar ontológicamente.

Para Hartmann del ser ideal de los valores pende la tarea de una metafísica de los valores y esta tarea subsiste independientemente de la amplitud con que la multiplicidad de los valores deje señalar su contenido, por un lado, y, por otro, se deje descubrir fenomenológicamente. Para este autor es sólo, mediante un trabajo sólido de base ontológica con el que se puede prometer alguna efectiva claridad al problema de los valores.

Por su parte, Max Scheler (1948), para estudiar el problema de los valores, se ha inspirado en el espíritu de la fenomenología creada por Husserl, formulando así, una ética también apriorística pero material, con la que supera el relativismo

axiológico. Por lo tanto, a él se debe la refutación de la ética de Kant. De un modo penetrante descubre una serie de supuestos insostenibles que condicionan la reprobación kantiana de toda ética material. Sitúa, al lado del apriorismo del pensamiento, un apriorismo del sentimiento; es decir, al lado del a priori intelectual ubica el a priori emotivo, que es un sentimiento primario de los valores. El dominio emocional del espíritu, los actos de sentir, de preferir, de amar, de odiar, de querer, tienen un contenido apriorístico que no es tomado del pensamiento, que es independiente de la lógica y propio de la ética.

En la ética kantiana, el deber – la conciencia de una ley formal – precede al valor; mientras que en la filosofía scheleriana el valor precede al deber, es decir, a la ley. Según Scheler (1948), el pensamiento primordial del valor no es la conciencia de una ley, de un deber formal, sino el acto de aprobar, de afirmar, de preferir un contenido. Por esta razón considera la conciencia del valor como una conciencia material y objetiva, lo que significa que los valores mismos, en cuanto tales, no poseen el carácter de leyes y de mandamientos, sino que son productos materiales y objetivos que se encuentran más allá del sentimiento del valor.

No obstante, en la ética scheleriana el ser de los valores es independiente de los bienes y de las cosas. Scheler está, por consiguiente, de acuerdo con Kant en lo que concierne a la tesis de que una axiología filosófica no debe presuponer ni los bienes ni las cosas, pero se opone a la afirmación kantiana de que tal axiología, independiente de los bienes, no puede establecer de una manera apriorística sino leyes formales, y afirma la posibilidad de un orden material de los valores que es, sin embargo, independiente de los bienes reales, y que, en relación con ellos, es a priori.

Mientras que Kant (1984), enseñaba que toda ética material debía ser ética de bienes y de fines, Scheler afirma la posibilidad de una ética material que no es, no obstante, de bienes y de fines; ya que, para Scheler, los valores no se abstraen de los bienes sino que son fenómenos independientes, cualidades materiales. En consecuencia, el valor de una cosa y su rango nos son dados de una manera evidente sin que los aportes de este valor, los bienes, nos sean dados.

En virtud del carácter material, los valores pueden determinar el contenido de los mandamientos de la vida ética, pues, según Scheler, sólo los contenidos positivos pueden ser objeto de un mandato, nunca las formas están desprovistas de contenido. No hay un deber formal como pretendía Kant; todo deber posee un contenido determinado, fundado en un valor de determinado contenido; es decir, en un valor material.

Como ya habíamos mencionado anteriormente, Scheler coloca al lado de la intuición intelectual una intuición emocional, considerando así, a los valores, como esencias irracionales; (según su filosofía los valores no son significaciones aprehensibles por la razón) siendo su jerarquía la representación de una conexión de esencias, en donde, las esencias y las conexiones son dadas antes de toda experiencia, es decir, apriorísticamente.

La postura de Scheler, en relación con los valores, se considera como un objetivismo axiológico extremo, pues su tesis se enuncia así: *“toda norma, todo imperativo, todo postulado, descansa en ser independiente, en el ser de los valores.”* Por consiguiente, reprueba la concepción que considera los valores como valentes y no como entes. (Cfr. García Morente, Lecciones Preliminares: Nº XXIV).

Para Scheler, los valores son cualidades materiales que, según su altura, se encuentran en un cierto orden. Son esencias alógicas, irreductibles e irracionales. Como fenómenos, son tan independientes de la existencia de los seres psíquicos como los colores y los sonidos, y no tienen nada que ver con las relaciones causales entre objetos y sentimientos.

Los valores son cualidades y relaciones; objetos independientes, netamente distintos de todo proceso de su aprehensión real. Los valores, según Scheler, pueden ser la base de una relación, pero no son relaciones. Son hechos objetivos, pertenecientes a un cierto modo de experiencia. Dicho autor cree poder reconocer un orden apriorístico de los valores, es decir, una cierta forma en la cual se disponen, de acuerdo con la relación de superioridad e inferioridad, según sus cualidades inmanentes. Este orden cualitativo, que comprende diversas modalidades, representa un a priori material de nuestro conocimiento de los valores. Bajo esta perspectiva, la clasificación y jerarquía axiológica de Scheler (1948), responde a los siguientes parámetros:

- Primero: la modalidad de lo agradable y lo desagradable.(naturaleza sensorial)
- Segundo: los valores vitales, es decir, aquellos que se caracterizan por la oposición entre lo noble y lo vulgar.
- Tercero: los valores espirituales, que, a su vez, se subdividen en varias especies (bello, feo; justo, injusto; los del conocimiento puro de la verdad).
- Cuarto: los valores de lo sagrado (estados del éxtasis y de la desesperación).

Finalmente, la tabla schleriana no comprende los valores morales. La razón es que, según Scheler, los valores morales están situados fuera del orden cualitativo de los valores que se han descrito. En la axiología schleriana los valores morales se encuentran necesariamente ligados a los actos que realizan o tienden a realizar la

existencia o la inexistencia de todos los otros valores. En consecuencia, el acto moral es todo aquel que realiza o tiende a realizar un valor positivo o uno de sus grados en tal o cual rango cualitativo de los valores.

Múltiples son los puntos de vista que han enunciado el nacimiento del problema de los valores y de la axiología. Entre ellos encontramos, en primer lugar, las opiniones de Raymond Bayer (1961), donde sostiene que, hasta en el Renacimiento y aún, hasta Descartes, *“ser y bien coinciden: el bien es la perfección del ser y el mal es, en esencia, una participación en el no ser”*. Al igual que señala que *“hay un cosmos jerarquizado y sólido en el cual los valores tienen su garantía plena”*. Para Bayer, esto sucedió hasta la revolución cartesiana y la entrada de la nueva física. En ese momento la *“realidad”* se torna homogénea e intercambiable, y las cosas, indiferentes al movimiento y al reposo, lo son a los valores.

Según Bayer (1961), la sustitución del cosmos antiguo por un universo idéntico en todas sus partes, se convirtió en un drama para el filósofo (es particularmente la posición de Spinoza). Por lo tanto, tal trasmutación del cosmos produce una triple exigencia que apremia al pensamiento occidental: - exigencia física, que reclama homogeneidad e indiferencia; - exigencia ontológica, que declara contradictorio (imposible, entonces) el pensamiento de dos seres independientes; - exigencia teológica, que ya no permite concebir una realidad más allá de la Divinidad, pues afirmar algo fuera de Dios es negar a Dios.

Con tales exigencias y cambio de cosmos sobreviene una situación paradójica, que se determina por la confrontación de dos realidades: la verdadera y la aparente. La primera es perfecta, racional e indiferente a todo valor; la segunda nos es mostrada por las cualidades y los valores, subjetivos e inconsistentes, simples formas o proyecciones antropomórficas. Esto trae como consecuencia que,

ante la unidad del ser se desvanezca toda visibilidad de los valores, toda libertad, engendrándose una contradicción de la que nacen, por un lado, el positivismo en su forma más radical, y por el otro, la explicación metafísica que prefiere el valor al no – valor.

Según Bayer (1974), al preocuparse por el valor, es necesario suprimirlo como tal, es tratarlo como realidad, o sea que se deben buscar sus raíces fuera de él, en las cualidades primeras o en las cualidades segundas y así, reducirlo o a una realidad trascendente o trascendental. En ambos casos significa reducirlo a lo que no es; es decir, a lo que es cuando no es. De este modo, el valer queda reducido, en el fondo, a algo indiferente y ausente, convirtiéndose en una entidad derivada, una realidad heterónoma que tiene fuera de sí toda su consistencia. Además, como el concepto del ser es unívoco, el valor queda radicalmente suprimido.

Finalmente, para Bayer (1974), el hecho de que la filosofía de los valores se caracterice por la búsqueda de su autonomía, es necesario darle objetividad propia y validez auténtica a la esfera de los valores. De ahí que surja, entonces, una teoría original y particular del valor, fundada en el supuesto de que el valor sólo se afirma en oposición a la realidad.

Por otro lado, podemos señalar que Émile Bréhier – en un trabajo publicado en 1939 – intitulado Doutes sur la philosophie des valeurs, indica que, desde el siglo XVIII, la disyuntiva entre el ser y el valer estaba a la espera de alguna solución.

Para Bréhier (1909) tal solución se inició con el kantismo al preguntarse cómo es posible el valor de la moral. Así, el valor es unido al ser por consideraciones críticas.

Entre los antecedentes lejanos de la axiología mencionados por Bréhier se encuentran: la crisis del Renacimiento en la cultura europea y los sistemas metafísicos modernos. Y entre los antecedentes inmediatos cita los cambios bruscos producidos en la vida humana en el siglo XIX y unos intentos de interpretar la historia como una dialéctica de las sucesivas creaciones de valores.

Según Bréhier (1958), con la axiología lo que se pretende encarar con un criterio nuevo, es un problema para el cual había un planteamiento muy antiguo, conocido con el nombre de teodicea; entendiéndose por tal aquello que se ha inventado para contrarrestar el sentimiento pesimista. Esto conlleva a crear una perspectiva donde el mal y la destrucción de los valores dejan de significar la hostilidad fundamental del ser contra el valor humano. Además considera que todas las teodiceas tienen el mismo plan y hacen ver que, en el suceso que pasa, en lo singular que perece, en el mal que destruye, se dan condiciones de la existencia o del advenimiento del Bien, de valores universales que responden al quiebre de nuestras esperanzas y que les dan un sentido positivo. Es decir, toda teodicea sostiene que los valores universales son indiferentes al tiempo y a la destrucción del organismo que los ha concebido.

Ahora bien, con el derrumbamiento de la teodicea desde el siglo XVIII, se cae en el escepticismo y en el pesimismo, al encontrarse que estas teorías dejaban sin resolver el problema del ser y del valor. Es Kant, según señalábamos, quien inicia la solución a este problema al unir el valor al ser por consideraciones críticas y, en contra, específicamente, al escepticismo de Hume.

Finalmente, nos encontramos con los que se podrían considerar como los proponentes de la moderna filosofía de los valores: Nietzsche, Lotze y Brentano. (Fonseca Ruiz, 2002).

Nietzsche, por su parte, con la concepción del perpetuo traspase de la tabla de los valores, su multiplicidad infinita y su objetividad total. Al igual que Kierkegaard, polemizó con Hegel, también criticó a Marx, y estas dos concepciones se pueden considerar como antecedentes del advenimiento de la teoría de los valores.

Lotze, designaba toda validez ideal y objetiva como valor. Más que plantear el problema de los valores lo resolvió en términos de cierta concepción emparentada con una de las expresiones de la metafísica griega.

Francisco Brentano, ligó los valores a los actos específicos del amor y del odio, por cuanto tienen una rectitud.

Es a partir de Brentano y de su tesis axiológica, que se han suscitado las teorías puramente psicológicas de los valores y, por otro lado, la filosofía fenomenológica de los valores objetivos, fundados en su experiencia inmediata.

3.2. Fundamentación psicopedagógica.

Aquí, consideraremos, algunas ideas referidas a los distintos modelos o sistemas que explican la educación moral.

De acuerdo con Juan Ramón Medina Cepero (2001), existen cuatro grandes modelos que explican la instrucción moral. Éstos son:

a) La educación moral como socialización:

La formación moral sería un proceso en el que el origen de la moralidad radica en la propia sociedad. Será ésta la que señalará, mediante un sistema de normas acabado, aquellas conductas que deben ser seguidas y aquellas que, por el contrario, deben ser evitadas. Estas normas, por lo tanto, van a ser heterónomas y le

van a ser impuestas al sujeto por parte de un agente exterior y a ellas debe adaptarse. De su seguimiento dependerá su realización y, por lo tanto, su felicidad.

Este modelo induce a pensar que las normas morales constituyen un constructo acabado de normas que regulan el comportamiento del individuo en la sociedad. Desde el punto de vista didáctico y pedagógico, al parecer, bastaría con asumir planes curriculares tendientes a reafirmar este constructo; el papel de la Universidad estaría referido a que los alumnos aprendan tales normas y con ello se puedan adaptar al contexto.

En opinión de Medina Cepero, este modelo es criticable por cuanto resalta con fuerza la vertiente social de todo comportamiento humano en detrimento de todo individualismo de raíz liberal.

b) La educación moral como clarificación de valores:

Este enfoque de la educación moral está referido a la concepción que supone que, como reacción frente a la afirmación de la existencia de valores absolutos, la educación moral del llamado movimiento de clarificación de valores va a suponer una concepción relativista de las mismas normas morales. Para la clarificación de valores, las soluciones frente a los conflictos de valores no son posibles de forma general sino a través de decisiones meramente personales de los sujetos. No existe una norma moral general sino sólo criterios particulares y subjetivos. Pretender lo contrario sería incurrir en un dogmatismo inaceptable para una sociedad libre que no acepta la imposición de paradigmas de conducta indiscutidos y heterónomos.

La labor de la institución educativa, desde esta postura, se va a centrar en situar a los alumnos ante situaciones que los lleven a descubrir sus propios sistemas valorativos. Evitará adoctrinar o inculcar los propios valores a los educandos,

respetando de forma absoluta sus propias decisiones, pareceres, opiniones y preferencias.

Al parecer, este modelo de educación moral, contrario al desarrollado en primer término, permite señalar que la adquisición y desarrollo moral del sujeto depende – en gran medida – de la capacidad de autoevaluación de cada individuo. Sin embargo, ambos modelos se caracterizan por asumir posiciones extremas en la explicación en torno a la conducta moral.

Por su parte, Medina Cepero (2001) realiza algunas críticas a este modelo: considera que es una concepción apriorística de una bondad natural presocial, que existe una negociación de la libertad y negación del bien moral, que se sustenta en una incorrecta gnoseología que imposibilita el conocimiento moral, que coloca énfasis en el naturalismo y el nominalismo ético, que acentúa el particularismo moral y el escepticismo ético, que se acerca a ser concebida a una ética de la situación y, por último, que confunde la autonomía de la libertad y la libertad de conciencia.

c) La educación moral como formación de hábitos virtuosos:

Desde esta perspectiva, la educación moral es concebida a través de procesos de adquisición de virtudes, formación de carácter y construcción de hábitos. La convicción individual sobre lo justo no es suficiente para calificar a una persona de moral sino que el conocimiento debe ir acompañado de la acción virtuosa realizada habitualmente. La personalidad moral, en claro rechazo de todo intelectualismo ético, debe dirigirse a formar el carácter del sujeto, fomentando la adquisición de hábitos virtuosos. Se parte de una concepción finalista de las acciones humanas y, en definitiva, de la propia persona.

De este modo, la educación moral estaría sustentada en la cultura que cada contexto ha generado y, consecuentemente, existirán tantas morales como grupos sociales existan. El rol o función de la institución universitaria, bajo la perspectiva de este enfoque, queda referido a la transmisión de esos valores culturales, proponiendo modelos dignos de ser imitados. Explicará con claridad lo que es una virtud, un hábito y los principios básicos de la moralidad; exhortará y persuadirá a los alumnos acerca de las virtudes, diseñará un entorno agradable donde, a través de la convivencia, sea posible ejercitar esas virtudes, e integrará a los alumnos en una realidad social circundante a la que se intentará siempre servir y nunca utilizar para provecho propio.

d) El modelo de educación moral como proceso cognitivo – evolutivo:

Los principios básicos sobre los que descansa este modelo son:

1. La educación moral es un proceso evolutivo irreversible a través de diversas etapas.
2. Se pueden formular las fases o estadios en el desarrollo del juicio moral.
3. Los estadios o etapas superiores son mejores que los inferiores.

Los principales representantes de este modelo son: Dewey, Piaget y Kohlberg. Éste último se va a interesar por exponer la tesis sobre la necesidad de que el sujeto madure moralmente. Según él, el sujeto debe progresar paulatinamente en las formas de razonamiento moral; y, sólo en los estadios superiores se va a producir un juicio propiamente moral, ya que únicamente en ellos la persona puede dar cuenta de las razones de su conducta. El principio de justicia, sólo captable en los estadios superiores, va a ser el principio directivo de la actuación moral. Fiel a su moral formalista kantiana, Kohlberg (Cfr. Puig Rovira, 1999) va a señalar que usar un solo principio moral permite una mayor flexibilidad y

tolerancia que una serie de normas concretas. Además, subordina el desarrollo moral al desarrollo social y al desarrollo de la personalidad.

De acuerdo con este principio rector de la teoría de Kohlberg, se podría indicar que la formación universitaria se debería encontrar en tales niveles superiores del desarrollo moral, donde los alumnos son capaces de tener conciencia y responsabilidad de sus propios actos y conductas, a la vez que comprenden y realizan actos en función de la justicia.

Dicho autor expone el desarrollo moral a través de un esquema que contiene tres niveles y seis estadios. Los estadios son todos estructurados, o sistemas organizados de pensamiento, que forman una secuencia invariante, bajo cualquier condición, excepto el trauma.

Los estadios se caracterizan por ser integrales y jerarquizados. El pensamiento en los estadios más elevados incluye o comprende a los más bajos del pensamiento.

La definición de los estadios de Kohlberg implica los conceptos de "estructura" y "cambio". La estructura cognoscitiva se refiere a las reglas para procesar información o para conectar eventos ocurridos. Conocer, desde esta teoría, se refiere al proceso de relacionar eventos de forma activa. Este proceso depende de modos generales de relación apriorística desarrollados por el organismo, llamados "*categorías de la experiencia*".

Estas categorías de la experiencia están sujetas a cambio, por la acción combinada de la maduración y de la experiencia misma. La sola experiencia da lugar a cambios a nivel del desempeño mientras que, la acción combinada de la

maduración y de la experiencia, da lugar a un cambio cualitativo denominado “*competencia estructural*” según este autor.

4. El lugar de la ética y de la deontología profesional en la formación universitaria.

La educación en valores no es algo perteneciente sólo a otros niveles educativos anteriores al superior. Diversas razones apoyan que debe recuperar un lugar en el currículo universitario.

Plantearse lo que deba ser la formación de un profesional competente no es posible al margen de una formación ética y de una educación para la ciudadanía. La profesionalidad comprende, además de competencias - tanto teóricas como prácticas -, una integridad personal y una conducta profesional ética, como normalmente demandan y confían los ciudadanos o clientes. Por eso, según Marcovitch (2002) y Esteban (2004), en el plano internacional hay una creciente preocupación porque la educación universitaria asuma, entre sus objetivos, formar a ciudadanos responsables de los problemas de su sociedad.

Bolívar (2005) opina que, en los últimos años, después de un período de objetivismo o neutralidad que pretendía romper con el adoctrinamiento ideológico de otros momentos, se está resaltando la naturaleza intrínsecamente moral de la educación. La formación para el ejercicio profesional – por más que quisiera refugiarse en la transmisión de la información objetiva – es, por naturaleza, una actividad moral, en el sentido de no ser sólo un ejercicio técnico, sino una práctica donde los aspectos cognoscitivos, morales y habilidades prácticas se fusionan ineludiblemente. De este modo, la ampliación de la profesionalidad exige entrar en las dimensiones valorativas y actitudinales que puedan promover una educación acorde con las demandas actuales.

Las instituciones de educación superior deben contribuir a que los futuros profesionales desarrollen una visión y un sentido ético, que pueda guiar su práctica y reflejar, en sus acciones, un conjunto de valores (solidaridad, responsabilidad, sentido de la justicia, servicio a otros, entre otros). Por eso, entre las perspectivas actuales en la educación de profesionales (Martinez, Buxarrais y Esteban, 2002) está el papel que debe tener una formación ética y moral, dado que su práctica debe estar guiada por una comprensión moral. Los conocimientos y habilidades deben estar mediados por una matriz ética. Al respecto, advirtió Donald Schön (1992): *“La preparación de los profesionales debería reconsiderar su diseño desde la perspectiva de una combinación de la enseñanza de la ciencia aplicada con la formación en el arte de la reflexión en la acción”*.

La noción de compromiso ético derivada de su habitual presencia en los códigos deontológicos profesionales puede ser entendida en un sentido restringido (determinados compromisos éticos en el ejercicio profesional) o, en uno más amplio, como competencias éticas de todo profesional como persona y como ciudadano. Tal competencia se refiere al conjunto de conocimientos, modo de actuar y actitudes propias de una persona, moralmente desarrollada, que actúa con sentido ético, de acuerdo con una ética profesional; al mismo tiempo que, como ciudadano, da un sentido social a su ejercicio profesional, lo que conlleva el compromiso con determinados valores sociales que buscan el bien de sus conciudadanos. Así, Deontología profesional, ética profesional y educación para la ciudadanía configuran tres niveles en la educación integral del ethos profesional, en los que cada uno engloba y presupone al anterior.

Como señala Hortal (2002) si un profesional se legitima como experto *“la competencia profesional no basta. El profesional, para serlo del todo, necesita*

asumir los compromisos que comparte con sus colegas de profesión, los compromisos de tratar de proporcionar competente y responsablemente las prestaciones y servicios específicos con arreglo a los baremos de excelencia que en cada contexto se espera de cada tipo de servicio profesional”.

Dentro del campo de la ética y de la deontología profesional, las iniciales investigaciones sobre los fundamentos teóricos de la ética, han ido abriendo cada vez un espacio mayor a estudios que centran su interés en los aspectos éticos y deontológicos de la tarea de investigación y de la práctica profesional. Este interés se manifiesta especialmente en relación a dos ejes centrales: los derechos de los individuos involucrados en las prácticas de investigación o de ejercicio profesional, y los crecientes procesos de profesionalización. A su vez, éstos últimos han impactado de tal modo en el ámbito de la educación superior – en tanto instancia de formación de científicos y profesionales – que podría ser considerada un tercer eje de interés para los estudios sobre ética y deontología profesional.

En el campo de la Psicología, las investigaciones referidas a la relación existente entre aspectos éticos y aspectos de la regulación profesional y de la enseñanza, permitieron la construcción de un consenso acerca de que el buen desempeño, en cualquier ámbito de la Psicología, descansará básicamente sobre dos pilares: el grado de conocimiento técnico instrumental adquirido y la posición ética desde donde dicho conocimiento sería instrumentado, según Lindsay (1996) y Patterson (2000).

Como en otras disciplinas, también en Psicología, el fenómeno de compromiso entre ética y deontología se plasmó en el hecho de que el paulatino incremento de reflexiones en el campo ético implicó, entre otros aspectos, un desarrollo creciente y renovado de las regulaciones deontológicas de la profesión.

Esto se debió al hecho de que aún cuando algunos principios éticos resultaran duraderos, otros se modificarían al mismo tiempo que los conocimientos científicos, lo cual, necesariamente debería ser reflejado por las regulaciones deontológicas profesionales (Ardila, 2000; Ferrero, 2002).

Las opciones axiológicas y las estimaciones morales esenciales no poseen operatividad normativa per se, sino que constituyen un marco orientador desde donde delinear conductas posibles, incluida la del accionar científico y profesional. (Calo, 2002; Ferrero, 2005)

En el proceso de valoración de la conducta científica y profesional, lo ético sería anterior a lo legal y, sin ello, toda normativa carecería de fundamento moral. Por esto, más allá del gran valor que un instrumento deontológico posee para la regulación del accionar profesional y científico, un código adquiere su verdadero sentido sólo por la reflexión moral que conlleva su prescriptividad. Sin ella, la normatividad pasaría a ser, sólo, un mero reglamento.

Más allá de las consideraciones de carácter epistemológico y praxiológico propias de cada campo disciplinar, la articulación entre la enseñanza universitaria y la organización profesional (Klappenbach, 2000; Vilanova, 2000) no sólo es un tópico de interés referido a la construcción de una formación ética en el proceso de adquisición de conocimientos, competencias y habilidades universitarios (Hermosilla, 2000) sino que también representa un desafío para la deontología profesional. Este desafío excede a las comunidades científicas y profesionales, ya que pone en relevancia la necesidad de enriquecer y, en algunos casos, generar normas específicas que permitieran la regulación ética de cualquier intervención de los alumnos llevada a cabo como parte de su formación de grado.

En este trabajo adherimos a la propuesta de autores como Cortina (1997); Martínez et al (2002) y Ferrero (2005), los cuales consideran valioso contar con una currícula en la carrera de Psicología que no sólo atienda a lo específico de los cursos de ética y de deontología, sino que también contemple una secuenciación del aprendizaje, propiciadora de una actitud crecientemente responsable y autónoma en el estudiante. Desde este enfoque, la mutua implicación entre ética y deontología, la doble perspectiva tanto de reflexión sobre la moral como de la normatividad a la que conlleva, es actualmente considerada un elemento central en toda producción y transmisión de conocimiento científico y de futura praxis técnico –instrumental profesional, y por ello debería ser parte fundamental de todo proceso de enseñanza-aprendizaje en la Universidad. De este modo, la ética en tanto reflexión sobre la moral, no sería un agregado, un plus intelectual, al proceder científico y profesional, sino que formaría parte – sólo a veces explícitamente – del entramado mismo de dicho proceso. Esto fundamenta el hecho de que la ética sea parte inestimable de la formación de los futuros científicos y profesionales, tal cual lo estipula la Ley de Educación Superior en Argentina (Nación Argentina, 1995). Según la legislación mencionada, la transmisión de la ética no debería circunscribirse solamente a la asignatura o curso específico donde especialmente se desarrollen estos tópicos. Por el contrario, plantea la conveniencia de generar instancias de formación transversales.

5. Dimensiones teóricas consideradas:

En el presente trabajo tomaremos en cuenta dos dimensiones teóricas a las cuales remitirán las respuestas obtenidas tanto en el cuestionario de conocimiento como las puntuaciones de la escala de actitud, porque consideramos que son

fundamentales en la práctica profesional y científica del futuro graduado en la carrera de Licenciatura en Psicología.

5.1. El consentimiento informado:

5.1.1. Historia, consolidación y fundamento del consentimiento informado:

A lo largo de su corta historia el Consentimiento Informado ha sido definido de múltiples formas. El Manual de Ética de 1984 de la Asociación Médica Americana dice que el Consentimiento Informado :*"consiste en la explicación, a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de la enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su consentimiento para ser sometido a esos procedimientos. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada; la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción; el médico no debe sacar partido de su potencial dominancia psicológica sobre el paciente"*. (Simon Lorda, 2000).

Hoy es comúnmente aceptado que el consentimiento informado es un proceso gradual y verbal en el seno de la relación médico-paciente, en virtud del cual, el paciente acepta, o no, someterse a un procedimiento diagnóstico o terapéutico, después de que el médico le haya informado en calidad y cantidad suficientes sobre la naturaleza, los riesgos y beneficios que el mismo conlleva, así como sus posibles alternativas.

El formulario escrito de consentimiento representa el soporte documental que verifica que el paciente ha recibido y entendido la información facilitada por el médico. (Kottow, 2006).

El consentimiento informado es obligatorio, siendo el formulario escrito conveniente para deslindar responsabilidad de sucesos previsibles, debiendo aplicarse cualquiera sea la magnitud de los procesos y/o consecuencias de los mismos.

Debe ser directo, breve y de lenguaje simple. No tiene que contener palabras abreviadas, ni terminología científica. Debe de estar de acuerdo al nivel cultural de la población a la que está dirigida.

Según Quintana (1994) es importante tener en cuenta que este documento libera al profesional de responsabilidad por consecuencias previsibles, pero no por negligencia, impericia, imprudencia o inobservancia de sus deberes y obligaciones.

Es aconsejable entregar una copia al paciente y preferible aunque no imprescindible, que la firme con testigos.

El CI ha llegado a la medicina desde el derecho y debe ser considerado como una de las máximas aportaciones que el derecho ha realizado a la medicina, por lo menos, en los últimos siglos. Estamos ante un "*derecho humano primario y fundamental*", ante una de las últimas aportaciones realizadas a la teoría de los derechos humanos. (Gracia, 1989).

Lejos queda aquella medicina paternalista, basada esencialmente en el principio de beneficencia – plantea Galán Cortés (1998) donde el médico decidía aisladamente, en la mayoría de los casos, la actitud terapéutica adecuada para cada paciente ("*todo para el enfermo, pero sin el enfermo*"). Existía, entonces, la errónea tendencia a pensar que un ser en estado de sufrimiento no era capaz de tomar una

decisión libre y clara, por cuanto la enfermedad no sólo afectaba a su cuerpo, sino también a su alma.

De este modo, la relación profesional-paciente era de tipo vertical, de forma que el médico desempeñaba el papel de tutor y, el enfermo, el de desvalido (la palabra enfermo proviene del término latino *infirmus*, es decir, débil, sin firmeza, pero no sólo física, sino también moral; de ahí que histórica y tradicionalmente se haya prescindido de su parecer y consentimiento).

Al respecto, Sergio Ceccheto (2001), tomando un aporte brindado por Gracia en *Fundamentos de bioética* (1989) refiere que, hasta bien entrado el siglo XVIII, los médicos gozaron de una impunidad casi completa y que, los casos en los que debieron justificar sus acciones, fueron muy escasos; si bien los cirujanos se vieron más expuestos a dar este tipo de informes en razón del estado rudimentario de su práctica. El nombrado autor, también cita a Pernick, quien intentó periodizar el grado de sensibilidad social que despertaron las prácticas médicas en torno a la noción de información y a la de consentimiento informado durante los dos últimos siglos, tomando para ello, el estudio de las historias clínicas pertenecientes a los grandes hospitales norteamericanos y de los casos judiciales más nombrados. Estableció, así, tres períodos bien diferenciados:

1. Desde 1780 hasta 1890: período marcado por la negligencia. Las dificultades con la información y el consentimiento del paciente fueron clasificadas por los tribunales como casos de negligencia o mala práctica profesional.
2. Desde 1890 a 1920: período signado por la agresión física o la coacción, ya que, algunos pacientes operaban sobre los cuerpos de sus pacientes sin que mediara un conocimiento o consentimiento expreso. En consecuencia, los jueces entendieron

que esa violación al principio de permiso, lesionaba la autodeterminación de los pacientes.

3. Desde 1945 a 1972: período caracterizado por la aparición del consentimiento voluntario y del consentimiento informado.

Este sustancial cambio de la relación entre el profesional médico y el paciente, transformando el tradicional esquema autoritario y vertical en otro tipo de relación democrática y horizontal, en el que se pasa de un modelo de moral de código único a un modelo pluralista, que respeta los diferentes códigos morales de cada persona, ha sido motivado por muy diversos factores: por una parte, la pérdida de esa atmósfera de confianza que, en épocas pretéritas, presidía indefectiblemente las relaciones médico-paciente, y, por otra parte, la complejidad creciente y correlativa especialización del ejercicio de la medicina, determinante, en último término, de una sensible deshumanización de su ejercicio. (Galán Cortés, 1997).

Según el mencionado autor, culturas médicas de tradición tan marcadamente paternalista como la japonesa, han ido evolucionando, inexorablemente, hacia estos criterios de autonomía. Así, la famosa sentencia de la Corte Suprema de Japón, de 19 de junio de 1981, reconoció y elaboró, por primera vez, el deber de explicación que correspondía al médico en su relación con el paciente, como parte integrante de su cometido profesional. En todo caso, la comisión para el estudio del consentimiento informado de Japón, en su informe de 1995, abogó porque este principio del consentimiento informado se difundiera a través de su cultura y no de sus tribunales y leyes.

En la actualidad, los derechos del paciente a la autodeterminación y al respeto su libertad, son factores preponderantes a considerar en la relación médico-

paciente, en tal forma que el derecho a la información es una manifestación concreta del derecho de la protección a la salud y, a su vez, uno de los derechos de la personalidad.

Del deber de información del médico se comenzó a hablar a finales del siglo XIX por parte de la doctrina alemana, alcanzando esta problemática un notorio desarrollo en la jurisprudencia de este país, así como en Francia y en los Estados Unidos de América. (Boladeras, Cucurella, 2000).

La primera sentencia acerca del consentimiento informado tuvo lugar en las Islas Británicas en 1767, con ocasión del caso *Slater versus Baker & Stapleton*.

Uno de los primeros textos que imponía a los médicos la necesidad de obtener el consentimiento previo para los actos de experimentación científica, fue el promulgado en Alemania en 1931, bajo el título: Directivas concernientes a las terapéuticas nuevas y a la experimentación científica en el hombre, en cuyo artículo 12 se prohibía la experimentación en los casos en los que no se había obtenido el consentimiento; este mismo texto excluía de la experimentación a los menores de 18 años y a los moribundos. (Galán Cortés, 1997; Iraola, 1998).

En la década de los setenta se estudió esta cuestión en Alemania, encontrándose que generaba una importante actividad contenciosa, ya que dos terceras partes de los procedimientos seguidos por responsabilidad médica contemplaban supuestos de ausencia o insuficiencia de información. Similar situación atención se observa en la jurisprudencia francesa y norteamericana. Fue en esta última, en la que se elaboró un importante cuerpo jurisprudencial. Una de las primeras resoluciones data del año 1906, en la que el Tribunal Supremo de Illinois, en el caso *Pratt versus Davis*, limitó la aceptación del consentimiento implícito a los

supuestos de urgencia vital y a aquellos en que el paciente, en uso de sus facultades intelectivas y volitivas, libre y conscientemente, dejara en manos del facultativo la toma de decisiones médicas que pudieran afectarle. En 1914, el Tribunal de Nueva York dictó una de las resoluciones más emblemáticas e influyentes, con ocasión del caso *Schloendorff versus Society of New York Hospital*, consistente en la extirpación de un tumor fibroide del abdomen de un paciente durante una intervención que se proyectaba como meramente diagnóstica (se trataba de una laparotomía exploradora) y en la que el paciente, de forma específica, había dejado expresado que no quería ser operado. En el fallo, el juez Benjamín Cardozo consideró que *“todo ser humano de edad adulta y juicio sano tiene el derecho a determinar lo que se debe hacer con su propio cuerpo; por lo que un cirujano que lleva a cabo una intervención sin el consentimiento de su paciente, comete una agresión, por la que se pueden reclamar legalmente daños”*. No obstante el enunciado del principio general del consentimiento, la sentencia fue absolutoria para el médico que había realizado una operación con la oposición expresa del paciente, aunque la razón, de tipo más procedimental que sustantivo, fue que la demanda se había centrado en la responsabilidad del hospital por daños causados por cirujanos que utilizaban sus instalaciones.

A raíz de esta resolución, se formó en los Estados Unidos de América un importante y copioso cuerpo jurisprudencial, precursor en gran parte del alcance de esta problemática, que marcó las diversas etapas que han presidido el desarrollo del consentimiento informado.

Otro antecedente histórico fundamental para su consolidación, según Iraola (1998) fue la elaboración del Código de Nuremberg, en 1947, desarrollado como propuesta para juzgar a los médicos que realizaron experiencias no éticas durante la

segunda guerra mundial, y para que sirviera de ejemplo en el futuro. Las condiciones más relevantes que impone el código son: a) que los participantes en estudios de experimentación sean personas aptas para consentir su ingreso al grupo de estudio. b) que no se ejerza coerción de ningún tipo. c) que comprendan los posibles riesgos y beneficios que se espera al realizar el estudio.

En 1964, en la 18ª, Asamblea Médica Mundial en Helsinki, Finlandia, la Asociación Médica Mundial, adoptó doce puntos para servir de guía a los médicos que realizaran investigaciones biomédicas. Esta guía fue revisada en 1975 en Japón, en 1983 en Venecia y, en 1989, en Hong Kong.

En 1974, en el acta nacional de investigación, se firma en el congreso de U.S.A., una ley que crea la Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos involucrados en la investigación biomédica y del comportamiento.

En 1979 el Informe Belmont indicó las condiciones para la protección de sujetos humanos en la investigación. (Gracia Guillén, 1989). Éstas fueron:

- 1) Contemplar la autonomía y dignidad de los individuos y la necesidad de proteger a los disminuidos o incapaces.
- 2) Obligar a maximizar beneficios y minimizar riesgos.
- 3) Asegurar una distribución equitativa de los éxitos y beneficios de la investigación.

En 1991 se aseguró, en los EE.UU, una política uniforme de protección en todos los departamentos y agencias federales, que llevaran a cabo investigación médica.

Retomando el proceso de creación y consolidación del consentimiento informado, al cual hacíamos referencia anteriormente, podemos reconocer – de acuerdo a la literatura existente – cuatro etapas fundamentales: 1) la primera etapa



denominada “consentimiento voluntario” (1947), surge como consecuencia de los crímenes del Instituto de Frankfurt para la Higiene Racial y de los campos de concentración de la Alemania nazi (el código de investigación de Nuremberg, establecido a raíz del proceso contra los criminales nazis, proclama, en su párrafo inicial, que “*el consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial*”); 2) la segunda etapa, denominada propiamente del “*consentimiento informado*”, surge con el famoso caso Salgo, a finales de los años 50; 3) la tercera etapa del consentimiento informado se conoce como “*consentimiento válido*”, se basa en el caso Culver (1982) (3): “*la obtención del consentimiento informado puede ser formalmente correcta y además se puede valorar adecuadamente la capacidad del paciente, pero el consentimiento otorgado puede no ser válido porque interfieran en la decisión diversos mecanismos psíquicos de defensa*”, y 4) la cuarta etapa, conocida como la del “*consentimiento auténtico*”, se caracteriza por la decisión auténtica del paciente, entendiendo como tal la que se encuentra plenamente de acuerdo con el sistema de valores del individuo.

Al finalizar la década de los setenta, el informe de la comisión presidida por Huges Mac Aleese concluye afirmando que la primera causa de procesos judiciales contra los médicos es la falta de información a los enfermos y a sus familiares.

El juez Laskin, de la Corte Suprema de Canadá, señaló en 1981, con ocasión de la sentencia dictada en el caso Reibl versus Hughes, que “*los defectos relativos al consentimiento informado del paciente cuando se trata de su elección libre e informada sobre el sometimiento o el rechazo a un adecuado y recomendable tratamiento médico, constituyen infracciones del deber de cuidado exigible al médico*”. (Iraola, 1998).

5.1.2. Definición conceptual y elementos del consentimiento informado.

El “consentimiento informado” se puede definir como el compromiso conjunto que establece el espacio comunicativo destinado a informar en forma oral o escrita la naturaleza, los propósitos, la forma de aplicación de los instrumentos de recopilación de información o aplicación de pruebas experimentales; presentando los beneficios, los riesgos, las alternativas y los medios del proceso en el cual, quien recibe la información, irá a convertirse en participante, objeto de experimentación o contribuyente al análisis estadístico, constituyéndose el documento resultante en el testimonio escrito de quien va a ser investigado (o su tercero responsable, autorizado por ley) para lograr una autorización clara, competente, voluntaria y autónoma. Esto se convierte en una real colaboración y beneficio en pro de la sociedad y de la ciencia. Es la expresión de dos voluntades debidamente conecedoras, competentes y autónomas que deciden contribuir a un procedimiento científico con proyección social, el cual garantiza que el sujeto expresa (después de haber comprendido la información que se le ha dado acerca de los objetivos y procedimientos del estudio) su intención de participar en la entrega de información y en la aplicación de la prueba o instrumento. (Gutiérrez Jaramillo, 2005). En el consentimiento confluyen las instancias social, científica e individual, cada una de las cuales debe acceder a una clara comunicación de expectativas y devoluciones, a una explicitación de procedimientos, aplicación de instrumentos y a la confiabilidad en la entrega de datos de quien acepta participar y otorga su consentimiento. Intervienen la instancia científica, en cuanto es el objetivo esencial en el logro de avances dentro de una disciplina específica y la instancia social, ya que es ésta, en última instancia, la que solicita la acción benéfica y la utilidad práctica de lo investigado.

Se convierte así en una herramienta proactiva del investigador, que le permite prevenir, controlar y cuidar la integridad del proceso, y de quien da el consentimiento, pero también de la suya propia y la de su grupo co-investigador. El “consentimiento informado” es la expresión de una actitud y voluntad que permite expresar la forma como se va a conducir un proceso dimensionado en cada momento, y las posibles consecuencias en pro o en contra de las partes. Más allá de ser un protocolo con una función de mera constancia y formalidad, debe ser la manifestación de la actitud responsable, preventiva y bioética del investigador. Si así no fuera, se caería por su propio peso, siendo viva imagen de un mero cumplimiento o doble moral de los sujetos que intervienen en la investigación. (Gracia Guillén, 1989).

Es un presupuesto y elemento integrante de la *lex artis*. Constituye, de esta manera, una exigencia de la *lex artis* para llevar a cabo la actividad médico- curativa o terapéutica. Es un acto clínico, cuyo incumplimiento, puede generar responsabilidad. (Galán Cortés, 1998).

El principio del respeto de la persona (principio kantiano) pertenece a una concepción moral en la que se dice que la dignidad del ser humano reside en su autonomía moral y, por lo tanto, en su libertad (principio de autonomía).

Dentro del marco de la autodeterminación y libre desarrollo de la personalidad, el consentimiento informado es el proceso gradual que tiene lugar en el seno de la relación sanitario-usuario, en virtud del cual el sujeto competente o capaz recibe del sanitario bastante información, en términos comprensibles, que le capacita para participar voluntaria, consciente y activamente en la adopción de decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad.

Son sus principales objetivos: aportar información en cantidad y calidad suficiente, para que el paciente competente pueda tomar decisiones respecto a su proceso; y garantizar el derecho de las personas a su autonomía y a su libertad en la toma de decisiones. (Lorda, 1993).

Lo importante es hacer del consentimiento informado un instrumento para la realización de un principio esencialísimo: que la persona sea dueña efectiva de su destino, como corresponde a su infinita dignidad, y que esta información sea auténtica, humana, en el sentido de acompañarla con el calor debido a algo tan trascendente como son las decisiones en las que puede estar afectada la vida, la integridad corporal o la salud física o psíquica. (Achával, 1998).

Es unánime en la doctrina y la jurisprudencia actual la consideración de que la información del paciente integra una de las obligaciones asumidas por el equipo médico, y es requisito previo a todo consentimiento, al objeto de que el paciente pueda emitir su conformidad al plan terapéutico de forma efectiva, y no viciada por una información sesgada o inexacta, puesto que el tenor de la obligación médica comprende no sólo la aplicación de las técnicas o intervenciones adecuadas en el estado actual de la ciencia médica (núcleo principal de su deber prestacional), sino también el deber de dar al paciente la información adecuada en cada caso, muy a pesar de que no haya sido expresamente pactada. (Bueres, 1992).

5.1.3. La medida de la información en el consentimiento informado.

La información resulta exigible en toda actuación terapéutica, incluso en aquellos supuestos extremos y excepcionales de tratamientos sanitarios obligatorios por razones de salud pública, en los que no se requiere el consentimiento.

El derecho a la información sanitaria suficiente corresponde tanto a la persona enferma como a la sana y ello, como corolario lógico de su derecho a la protección de la salud, lo que le permitirá adoptar medidas de carácter preventivo o actitudes de vida que redunden en un mejor estado de salud, así como acciones dirigidas a la consecución o ablación de determinadas funciones biológicas.

El consentimiento informado es, por consiguiente, no sólo un derecho fundamental del paciente, sino también una exigencia ética y legal para el médico. (Fiorentino, Hospital Ricardo Gutiérrez).

La literatura existente indica que el consentimiento no es válido si es dado sobre la base de poca o mala información; por lo tanto, su legitimidad halla existencia siempre que sea el resultado de un proceso de información adecuado. Al respecto, Zanatta (2004) plantea la importancia de distinguir entre validez moral y validez jurídico-legal, ya que, en el ámbito sanitario – particularmente en medicina – se tiende a nivelar y/o equiparar ambos términos. Así, *“el documento firmado autorizando una intervención es ‘válido’ en el sentido legal del término. Aunque no por ello debe ser considerado ‘válido’ moral o deontológicamente hablando”*, dice la autora. Asimismo, en el trabajo citado, proporciona una información en nota al pie, a nuestro parecer muy esclarecedora, que transcribimos a continuación: *“...es interesante la distinción que efectúa al respecto Simón Lorda (1999) entre consentimiento informado de nivel 1 (CI 1) y consentimiento informado de nivel 2 (CI 2). Obtener el CI 1 es una obligación perfecta, una obligación ético-jurídica correlativa al derecho de los pacientes a que se respete su autonomía. Su*

fundamento ético es el principio de no-maleficencia, y no respetarlo puede acarrear consecuencias legales. Este CI 1 implica por parte del médico haber informado adecuadamente, haber ofrecido alternativas que le permitían al paciente decidir y autorizar el tratamiento y/o la intervención y dejarlo por escrito. Por otro lado, el CI 2 tiene que ver con que los profesionales de la salud promuevan un modelo de relación que favorezca la participación de los pacientes en el proceso de toma de decisiones, y que propicie la comunicación, la evaluación conjunta de las alternativas y la elección que se ajuste mejor a los valores y proyecto de vida del individuo. Esto constituye una obligación moral imperfecta. Su incumplimiento no genera responsabilidades legales, siempre que se cumpla el CI 1, pero sí morales o deontológicas". (pp.5).

Según opina Aguirre Gas, H. (1997) el consentimiento es *"la facultad del enfermo válidamente informado y libre de coacción, para aceptar o no la atención médica que se le ofrezca o la participación en proyectos de investigación que se le propongan"* e incluye los siguiente conceptos:

a) Derecho a la información:

1. Conocer la reglamentación y normatividad de los establecimientos de salud y en particular de los hospitales donde va a recibir atención, aplicables a su conducta como paciente. Si no lo sabe debe ser informado, acerca de quien es el médico responsable de su atención.
2. Ser informado con veracidad, claridad, suficiencia y objetividad, de todo lo relativo al proceso de su atención y particularmente lo relacionado con el programa de estudio y tratamiento, con el diagnóstico presuntivo o definitivo o

el pronóstico de su padecimiento. El médico debe verificar que el paciente haya comprendido la información que se le proporcionó.

3. Que previamente a la realización de cualquier procedimiento o tratamiento, se le informe sobre el mismo, incluyendo los beneficios que se espera lograr, las molestias que le ocasionará, los riesgos significativos asociados, posibilidad de complicaciones y consecuencias adversas, así como la duración de las discapacidades que pudieran ocurrir.
4. Conocer las expectativas de curación, control, mejoría o paliación de su enfermedad.
5. Ser asesorado y que se le otorgue más información cuando la solicite.
6. Conocer los riesgos de tipo físico, emocional o de otra índole, así como y los beneficios esperados, de los proyectos de investigación en que se le proponga participar.
7. Que se dé respuesta a sus preguntas y se aclaren sus dudas.

La información es parte de una relación estrecha entre el profesional de la salud y el paciente, con comunicación abierta en ambos sentidos; de confianza y cooperación mutuas, en busca de un propósito común: el beneficio del paciente. (Aguirre Gas, 1999).

En principio surge la pregunta: ¿cuánta información se debe dar?

Es necesario dejar en claro que no toda la información que puede dar un profesional es necesaria para el CI. Su cuantía es la que una persona razonable necesita para dar su consentimiento. (Lorda, 2000).

Su contenido puede ser el siguiente:

1. descripción de la intervención y de los objetivos que se persiguen;
2. molestias y riesgos más importantes por su frecuencia y/o gravedad;
3. beneficios esperables con su grado aproximado de probabilidad;
4. alternativas factibles (excluyendo los tratamientos inútiles);
5. curso espontáneo del padecimiento sin tratamiento, y consecuencias de ello; opiniones y recomendaciones del médico.

En general según los autores, el paciente desea conocer situaciones comunes, le preocupa el dolor, la incapacidad, la muerte, la pérdida de oportunidades, etc., y no la composición química de un medicamento, por ejemplo.

El paciente debe comprender la información, encontrarse libre para decidir de acuerdo con sus propios valores y ser competente para tomar la decisión.

En principio, existe capacidad para decidir, si hay aptitud para darse cuenta de la propia situación y de las expectativas razonables. (Aptitud para comprender la información relevante; para deliberar sobre las opciones que se ofrecen, de acuerdo con objetivos personales y con los valores propios; capacidad para comunicarse con los profesionales). (Comité de Expertos en CI del Departamento de Salud/Gobierno de Navarra, 1996).

Es imprescindible que el profesional se asegure de que el paciente comprende la información, invitándole a que haga preguntas y tratando de hablar en un lenguaje comprensible para el enfermo, respetando su cultura.

El objetivo es que el enfermo adquiera una impresión realista sobre su propio estado y una valoración adecuada de las alternativas que se le ofrecen.

b) Libertad de Elección:

1. Opción de elegir libremente al profesional y a solicitar y que se le conceda su cambio cuando lo considere necesario, excepto en los casos de urgencia.
2. Otorgar su consentimiento o disentimiento en forma libre, responsable y sin coacción, en relación a los procedimientos diagnósticos o a los tratamientos propuestos, en la medida en que la legislación vigente lo permita, luego de haber sido convenientemente informado inclusive de las consecuencias de esta negativa.
3. Aceptar o rechazar los procedimientos propuestos que le ocasionen dolor, sufrimiento, que afecten la calidad de su vida o su dignidad.
4. No ser sometido a riesgos. Cuando el riesgo sea importante, si es posible, ofrecer al paciente más de una opción y solicitarle su consentimiento en forma implícita o explícita, oral o escrita; después de haberse cerciorado que el paciente comprendió la información recibida, incluyendo recomendaciones, debiendo dar su aceptación en forma libre y sin coacción. Si no le quedó claro, el paciente tiene derecho a hacer las preguntas que considere necesarias, antes de autorizar o no.
5. Preservar la calidad de su vida.
6. No sufrir inútilmente, evitar la obstinación terapéutica y el encarnizamiento.
7. En caso de requerirse traslado a otra unidad médica, sólo se haría después de que el paciente hubiera otorgado su consentimiento.
8. A aceptar o rechazar su participación en estudios de investigación, quedando implícito que aun cuando hubiera habido aceptación previa y sin ningún tipo de coacción, pueda retirar su consentimiento en cualquier momento.

9. La negativa a participar en un proyecto de investigación, no debe afectar la relación médico paciente.

Es un compromiso ineludible del profesional, evitar proponer al paciente cualquier procedimiento en el cual el riesgo inherente, sea mayor que el beneficio esperado. Debe dar una explicación clara al paciente o familiar responsable, asegurarse de su plena comprensión, sin presiones y con libertad absoluta de decisión, para otorgar o no su consentimiento. (Beauchamp Lawrence y Mac Cullough, 1987).

El profesional de la salud deberá alentar al paciente a tomar su decisión con libertad, si es posible ofrecerle más de una opción, respetar su autonomía y tener en cuenta sus deseos y preferencias, en forma libre y sin coacción.

5.1.4. Funciones específicas del consentimiento informado.

Como todas las declaraciones profesionales de ética, el “*consentimiento informado*” tiene varias funciones específicas que fortalecen cualquier tipo de investigación, a saber:

Función informativa: da a conocer a la sociedad o al ámbito académico, cuáles son los fundamentos y criterios éticos específicos sobre los que se va a basar la relación profesional/ persona, investigador/ investigado.

Función declarativa: formula cuáles son las actividades, principios y valores sobre los que está basado un proceso investigativo dimensionado éticamente.

Función metodológica: permite explicitar el ámbito procedimental que llevará a cabo la investigación, determinando circunstancias específicamente previstas por los estudios internacionales.

Función proactiva y protectora: cuida y tutela al profesional - investigador de las amenazas que la sociedad injustamente puede ejercer sobre su profesión. (Pérgola, 1999).

Se debe insistir en que no basta como información que el paciente lea el consentimiento. Es el médico, que va a realizar el procedimiento, quien debe explicar convenientemente al paciente y familiares sobre los diferentes tópicos arriba indicados. Es él, y no otro, quien debe hacerlo. Esta información no debe hacerse en una charla de pasillo, en lugares públicos o en encuentros casuales, sino con la debida privacidad que se requiere para el logro del objetivo propuesto. (Fiorentino, Op.Cit.)

5.1.5. Riesgos e inconvenientes del consentimiento informado.

El consentimiento informado permite evitar algunas coacciones y define la responsabilidad profesional. No obstante, tiene riesgos e inconvenientes. Aguirre Gas (1999), enumera algunos de ellos:

1. Ser demasiado explícito y causar depresión, angustia o miedo en los pacientes - al conocer su situación real - si ésta no fuera tan buena como esperaba.

2. Ocasionar que el paciente se sienta inseguro y cambie de profesional, por algún otro que le plantee un panorama más optimista, no necesariamente más real, con menos ética y posiblemente menos competente.
3. Informar en forma deshonesta al paciente o familiares, para conducirlos a la aceptación de la práctica de un procedimiento no necesario o que implique un riesgo excesivo, en comparación con el padecimiento que se pretende atender, para adquirir experiencia, para "*completar el caso*", con fines de presentación o publicación; para cubrirse de posibles quejas o demandas (*medicina defensiva*) o con propósitos comerciales (*económicos*).
4. Informar en forma malintencionada al paciente o a los familiares para generarles miedo, buscando su disentimiento, para eludir la práctica de un procedimiento médico o quirúrgico, diagnóstico o terapéutico, especialmente en hospitales públicos.
5. Proporcionar información alarmante dirigida a "*cubrirse*" (*medicina defensiva*) de posibles quejas, demandas, riesgos, eventualidades adversas, no prevenibles, riesgos de complicación, impericia, incompetencia o mala práctica ante posibles resultados adversos, con el propósito de que el paciente no proteste o para que busque a otro médico, cuando desee deshacerse de él.
6. La negativa para aceptar procedimientos indispensables o al menos necesarios, puede llevar implícita la conveniencia de transferir al paciente con otro profesional, que acepte asumir la responsabilidad de continuar atendiendo al paciente, sin haber llevado a cabo los procedimientos requeridos, con las limitaciones impuestas por la negativa de consentimiento.

7. Se puede presentar la negativa a aceptar procedimientos necesarios, por carencias económicas, en cuyo caso habría que buscar otras opciones asistenciales.

5.1.6. Momentos y componentes del consentimiento informado.

La información y la toma de decisiones en la relación clínica son momentos diferentes y relacionados de un mismo proceso que incluye:

- La elaboración de la información por parte de los profesionales.
- Su transmisión y discusión.
- La comprensión y valoración por parte del paciente.
- La aceptación o no del procedimiento y/o tratamiento propuesto.

Siguiendo a Beauchamp y Childress (1999), es posible distinguir dos componentes: el informativo y el consentimiento. El primero, consiste en exponer la información y que ésta sea comprendida. El segundo, se refiere a la decisión voluntaria del sujeto.

Cuando estos elementos son recogidos por escrito se denomina documento de CI, que no debe confundirse a efectos relacionales, éticos ni jurídicos con el proceso comunicativo de información y de toma de decisiones.

Tal como plantea Zanatta (2003), existe consenso en destacar como componentes analíticos del consentimiento informado: 1- competencia; 2- exposición; 3- comprensión; 4- voluntariedad y, 5- consentimiento.

Beauchamp y Childress (1999) introducen algunas modificaciones a los elementos anteriormente expuestos y proponen:

1. Elementos iniciales (condiciones previas).

a) Competencia (para entender y decidir).

b) Voluntariedad (al decidir).

2. Elementos informativos.

c) Exposición (de la información material).

d) Recomendación (de un plan).

e) Comprensión (de c) y d)).

3. Elementos del consentimiento.

f) Decisión (a favor de un plan).

Autorización (del plan elegido).

5.1.7. Sustento del consentimiento informado.

La doctrina del consentimiento informado se apoya en fundamentos éticos, médicos y legales.

a) Fundamentos éticos:

La Ética, ciencia de hacer el bien y evitar el mal, se emparenta indisolublemente con la moral. (Ver definición de conceptos teóricos, ya tratados anteriormente).

La Bioética, nominada según un neologismo creado por Potter en 1971, es una disciplina enciclopédica por definición, que integra el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y de la atención de la salud en tanto que dicha conducta es examinada a la luz de los principios y valores morales.

T. Beauchamp y J. Childress (1999) en su teoría principialista, aceptan cuatro principios *prima facie* ,íntimamente relacionados: No Maleficencia Beneficencia, Autonomía y Justicia.

El objetivo genuino de la acción médica es el alivio, al servicio del paciente. Desde la época hipocrática y, a través de su "*primum non nocere*", la medicina define el principio de no maleficencia. La obligación de optar por conductas encaminadas a lograr el alivio del paciente expresa el principio de beneficencia, al cual caben las siguientes categorías:

- Lo médicamente beneficioso (mejoría física del paciente).
- Lo que el paciente considera beneficioso;
- Lo que es beneficioso para los seres humanos como tales;
- Lo que es beneficioso para los seres humanos como seres espirituales.

El principio de autonomía reconoce la individualidad del paciente, de su unicidad como persona, de su alteridad. Todo sujeto es dueño y responsable de las acciones y decisiones que tome. Las determinaciones respecto de su salud según

los citados autores, son de su incumbencia exclusiva y personalísima siempre que no afecte a terceros.

Existen tres requisitos básicos que deben ser satisfechos para que pueda hablarse de autonomía: la acción autónoma no puede ser forzada, el sujeto debe tener acceso a opciones reales y, debe poseer la información relevante. (Boladeras, Cucurella, 2000). El Manual de Ética y Deontología del cirujano, de la Asociación Argentina de Cirugía en la versión de 1996 dice al respecto:

...“El respeto por la autonomía del paciente, fundamenta el consentimiento por el cual el enfermo, debidamente informado, manifiesta la aceptación de las propuestas diagnósticas o terapéuticas. La información, sustancia del conocimiento debe ser brindada al paciente o a sus familiares directos utilizando términos simples y comprensibles, adaptados a la condición cultural y anímica de cada caso”.

El principio de justicia fundamenta la pretensión de que se brinden a todos los individuos las mismas oportunidades de lograr la atención médica que necesiten. La concepción clásica al respecto se refiere a dar *“a cada uno lo suyo”*.

El respeto de la autonomía del paciente, obliga a honrar al paciente como ser libre, informarlo de los riesgos y conveniencias del proceder y contribuye para crear una comunidad terapéutica donde la verdad amalgama a ambos sujetos.

b) Fundamentos médicos:

En el ámbito privado, la consulta médica establece una relación interpersonal íntima, directa, inmediata y única entre dos seres humanos en trance, uno de enfermedad y el otro de prueba y deseo de servir. A partir del diálogo, cuyo contenido se presume confidencial desde Hipócrates, médico y paciente intercambian opiniones y sentires, y comparten vivencias. Los acota, modifica y



atraviesa - de manera sustantiva - el marco de referencia en el que actúan, la cultura del medio, el imaginario social, lo particular y lo institucional. La preeminencia de ciertos valores define el tipo de relación médico –paciente. Perdida la vigencia del modelo paternalista, el contractual parece el más adecuado, según la literatura vigente. (Pérgola, 1999).

El proceso de presentación de evidencias, de revelación de la información al paciente, es obligación del terapeuta. La tarea debe concretarse durante la consulta e incluir el relato de la historia natural de la enfermedad, los cursos de acción propuestos, las alternativas terapéuticas y los riesgos correspondientes. El respeto por el individuo como ser moral exige al médico la veracidad. Antes de aceptar la propuesta o negar su autorización, el paciente puede solicitar más información o aclaraciones. De esta manera, se habilita la interacción y el ejercicio de la autonomía por parte de ambos sujetos, transformándolos en protagonistas de sus decisiones. La firma de un documento que detalla la información compartida y la decisión concertada, constituye un epílogo lógico y deseable, aunque no indispensable de estas acciones.

c) Fundamentos legales en nuestro país:

El Código Civil atribuye a la voluntad un papel preponderante en el derecho privado (artículo 897), en la realización del acto jurídico y en la celebración del contrato. Razones de orden público entre las que se encuentran la salud del individuo o de la población, hacen ceder esta preponderancia. El principio de libertad del artículo 1144 es trascendente respecto de la formación del contrato (derecho del paciente para elegir médico) pero, de valor relativo, en cuanto a los contenidos del acto.

Se reconocen desde el punto de vista legal dos tipos de consentimiento: el tácito, cuando resulta de hechos o de actos que lo presupongan (artículo 1145), tal como la aceptación de la continuación de la intervención del médico que asiste en una emergencia al paciente; y, el expreso, cuando se manifiesta verbalmente, por escrito o por signos inequívocos (artículos 917 y 1145), como la concurrencia al consultorio o el llamado al médico.

La Ley Nacional 17.132, rige la práctica médica desde 1978. En su artículo 19, establece que es obligación de los médicos a *“asistir a los enfermos cuando la gravedad de su estado así lo imponga”* y a *“respetar la voluntad del paciente”,...* *salvo cuando la inconsciencia o alienación o la gravedad del caso*

no admitieran dilaciones. En los casos de incapacidad, los profesionales requerirán la conformidad del representante del incapaz”.

La conformidad escrita será necesaria cuando se trata de intervenciones quirúrgicas o de operaciones de amputación, ablación o implante de órganos. En esta disposición legal, el consentimiento del paciente integra el acuerdo de voluntades y cabe al médico respetar la voluntad del paciente, excepto condiciones extremas, donde esté en juego la vida de aquél y no pueda dilatarse la decisión; en tales casos, el médico puede proceder aún en contra de la voluntad del paciente y / o de su familia, pues de otro modo se violarían los deberes médicos y se estaría aceptando de modo indirecto e impasiblemente una muerte o suicidio. (Bueres, 1992; Fiorentino y Plaza, Hospital Ricardo Gutiérrez; Parise, 1998; Publicación Científica N° 563 CIOMS). El consentimiento carece de eficacia si la causa de la operación fuese ilícita como en casos de aborto o esterilización sin haber agotado todos los recursos de conservación de los órganos reproductores, excepto indicación terapéutica perfectamente determinada.

La Ley Nacional 21.541, de transplante de órganos y de material anatómico, explicita formalmente en su artículo 16 la obtención del CI.

La Ley 11.072, de la Provincia de Buenos Aires, detalla en el Artículo 4 los derechos de los pacientes:

...“el respeto a su persona, a su dignidad humana e identidad, a la información continua y correcta dada a él o a sus familiares sobre su proceso de salud – enfermedad, a la libertad de elección o negativa frente a las opciones diagnósticas o terapéuticas que se le planteen, requiriendo su consentimiento para la realización de cualquier intervención, excepto: cuando de la no intervención devenga riesgo para la salud pública, ante la imposibilidad del paciente de tomar decisiones, en cuyo caso lo harán sus familiares, representantes legales o autoridad judicial o cuando por la característica del caso se presuma lesión irreversible o riesgo inminente de muerte ante la no intervención”.

Excepto para el caso específico de trasplantes, la legislación argentina no ha asegurado un lugar definitivo al CI.

5.1.8. Opiniones doctrinarias y citas de jurisprudencia.

No existe consenso nacional al respecto. Abonan a favor de la aplicación del CI opiniones de juristas y algunos fallos recientes.

Dice Alberto Bueres (1992) “en principio, el médico no puede efectuar ningún tipo de tratamiento sin recabar el consentimiento del paciente. Esta directiva se impone de manera incontenible dado que tiene en cuenta uno de los aspectos más salientes de la libertad personal y asimismo el enfermo dispone genéricamente de su cuerpo” a pesar de que, según Jorge Tobías (1990) el individuo jurídicamente no puede disponer de su cuerpo como si fuera un objeto, ni destruirlo bajo el amparo de

la libertad para sí mismo. La doctrina afirma que “sobre el derecho a la libertad del paciente adquiere mayor trascendencia la tutela del derecho a la vida o a la salud... que resultarán resguardados por la intervención de médico”.

A pesar de la consideración variable en que se ha tenido, el CI constituye una actividad exigible para el médico, una obligación administrativa para quien lo autoriza o habilita para tal práctica y también para la institución donde se desarrolla la actividad terapéutica. Según la jurisprudencia argentina,

“le caben al Jefe del Servicio responsabilidades contractuales para con el paciente, que lo hacen responsable de los actos de sus auxiliares, independientemente de la responsabilidad que ellos puedan tener en el cumplimiento de su labor, de acuerdo con el artículo 19, inciso 9 de la ley 17.132, además de la responsabilidad extracontractual por los hechos de los demás integrantes, de acuerdo con el artículo 1113 del Código Civil “.

Respecto de las instituciones, afirma una decisión judicial que “La responsabilidad de los establecimientos de asistencia médica es contractual”. “No basta que el ente asistencial aproxime al paciente profesionales habilitados para el ejercicio de la medicina, sino que debe asegurarle una prestación médica diligente e idónea, de acuerdo a las circunstancias particulares, lo menos reprochable posible”. (Florentino, J. y Plaza, A., Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez).

El CI puede reclamarse en cualquier instancia judicial, y su ausencia puede esgrimirse contra el médico. No constituye protección ninguna frente a lesiones atribuibles a negligencia, impericia o imprudencia. Debidamente cumplimentado, protege contra la acusación de que el paciente fue sometido a tratamiento o

intervención sin permiso y desmiente la frecuente queja de que *“no estaba avisado de estas consecuencias”*.

La base del fundamento jurídico del CI es el respeto de los derechos personalísimos, ya que es derecho que asiste a los pacientes poder conocer todo aquello que deseen con el fin de tomar libremente la decisión de continuar adelante o no, con la propuesta diagnóstica o terapéutica del médico.

Actualmente se considera que la ausencia de participación activa y explícita del paciente en la toma de decisiones es cuestionable, puesto que una antigua conducta médica *“paternalista”* es inapropiada en una era en que la tecnología altamente invasiva, puede borrar la línea que divide el beneficio y el daño. (Florentino, Plaza, 2001).

La obligación de informar está contemplada e impuesta por la Ley de Transplante de Órganos (Ley 24193) que marca exigencias accesorias a las enumeradas en la Ley de Ejercicio de la Medicina (Ley 17132).

No cumplir con este requerimiento, puede traer aparejado graves perjuicios profesionales y patrimoniales a quienes no lo contemplan.

Como dice el Dr. Federico Pégola (1999) en Metodología del Trabajo Médico y Científico... “el médico de hoy debe limitarse a la investigación y al tratamiento con la mayor corrección técnico objetiva y al diálogo consciente con el enfermo. Todos sus informes deberán ser exactos y veraces. Es preferible callar antes de emitir respuestas falsas. No se pretende que el médico tenga que revelar brutalmente la verdad, todos sabemos que en ciertas ocasiones la verdad puede perjudicar al paciente que no esté en condiciones de soportarla. Por tanto el médico de hoy no sólo debería pensar muy bien sus palabras, sino que antes de hablarle a sus pacientes tendría que considerar siempre:

Si sus palabras serán útiles al enfermo

Si son absolutamente ciertas

Si es necesario pronunciarlas y

Si son totalmente desinteresadas...”

Queda claro que el justo equilibrio del profesional se halla entonces entre no decir más ni menos, no preocupar, pero tampoco minimizar situaciones.

El sentido común y la inteligencia práctica del profesional producirán un informe final elaborado para cada paciente en particular. Del resultado del mismo se obtendrá el asentimiento del paciente y su familia y será por medio de este documento que se podrá demostrar que se ha cumplido con la Ley, brindado la información necesaria.

En conclusión, y tomando los aportes de todos los autores citados anteriormente, el consentimiento informado cuenta con un aval ético – moral que se sustenta en la obligatoriedad del profesional, de informar con veracidad, la condición de enfermedad así como el curso diagnóstico o terapéutico que cree más adecuado según su saber científico – técnico. Aplica los principios de no maleficencia y beneficencia y actúa dentro de los límites de la justicia. Acepta la incertidumbre de los resultados y reconoce la autonomía del paciente para aceptar o denegar su permiso para llevar a cabo las acciones propuestas.

Aparece como una práctica beneficiosa desde el punto de vista médico. Fortalece la relación profesional de la salud – paciente dentro de un modelo contractual, hoy en boga y mejora o, al menos, no empeora los resultados por obtener, al hacer conciente al paciente de su dolencia. Es exigible según la legislación vigente. No constituye escudo frente a demandas judiciales imputables a impericia, imprudencia o negligencia médicas, ni tampoco aquéllas generadas por la

inobservancia de deberes y obligaciones. Es el paradigma básico del principio de autonomía; un derecho humano primordial, y una exigencia ética y legal para el profesional.

Establece una obligación de estado del médico para toda labor asistencial o de investigación. La variabilidad de aplicación a nivel universal y la falta de consenso en nuestro país, habilitan propuestas conducentes a su cristalización.

Junto a Omar Franca Tarragó (1966), psicólogo uruguayo, estudioso de la ética, podemos decir que el “consentimiento informado” es *“un instrumento educativo para fomentar la conciencia ética, no sólo del profesional investigador que tiene que cumplirlos, sino del público, que por ese medio se informa de cuáles son las expectativas adecuadas que puede tener cuando es consultado”*. Lejos de un mero requisito legal o de escudo autoprotector de quien investiga contra una demanda, este instrumento es, ante todo, un acto de responsabilidad profesional que está elevando la calidad de la investigación y de quien la realiza, garantizando su éxito, el respeto al proceso, a la autonomía, a la dignidad humana y a la intimidad. (Boladeras, Cucurella, 2000). Es importante aclarar que si no hay una auténtica voluntad y actitud de entregar la información y realizar el procedimiento esperado, el documento escrito que presenta el consentimiento, no garantiza el cumplimiento de la finalización de lo experimentado, ni asegura por sí mismo que esa finalidad se ha cumplido, pues puede quedar reducido al cumplimiento de un trámite formulario y burocrático. Más que concebirse equivocadamente como un mero requisito incómodo para muchos, es el instrumento por excelencia que está garantizando una relación de confianza y mutuo respeto a la relación investigador investigado, profesional - consultante, terapeuta – paciente, frente a los múltiples reparos y reclamos de deshumanización

de los procesos investigativos y científicos.(Koltow, 2006)
Desde sus orígenes la bioética ha propendido porque las investigaciones y experimentaciones estén medidas por un auténtico, estructurado, libre e inequívoco asentimiento de quienes participan, de tal manera que se pueda contar con el deber y el derecho de obtener información completa, comprensible, continuada, oral y escrita sobre el proceso a intervenir, la prueba a realizar, el test o cuestionario para responder. Es ante todo un instrumento ético que permite convalidar el cumplimiento de directrices bioéticas necesarias dentro de un proceso de investigación científica. (Gutiérrez Jaramillo, 2005).

5.1.9. Factores condicionantes para el cabal cumplimiento del consentimiento informado.

Según Beauchamp y Mac Cullough (1987) deben confluir ciertos factores para el verdadero cumplimiento del consentimiento informado. Éstos son:

- Ausencia de coerción o de engaño.
- Capacidad, claridad y autonomía del sujeto consultado o experimentado para tomar decisiones, es decir, ser un sujeto competente.

La competencia, según Quintana (1994) es la aptitud del paciente para comprender la situación a la que se enfrenta, las opciones posibles de actuación y las consecuencias previsibles de cada una de ellas, para poder tomar, expresar y defender una decisión que sea consecuente con su propia escala de valores.

Cuando una persona no es competente para tomar una decisión que le afecta se deberá contactar con sus familiares o allegados para que actúen de tutores.

Hay casos de personas incompetentes que además son declaradas legalmente incapaces; en estas situaciones el juez nombra tutores legales, que serán quienes decidan por el paciente. Si el paciente es un menor de más de 12 años (de conformidad con lo previsto en el artículo 162.1 del código civil) y, a juicio del médico, reúne las condiciones de madurez suficientes para recibir la información y otorgar su consentimiento, el formulario de CI será firmado por él, además de por sus padres o representante legal. (Galán Cortés, 1997).

- Información completa sobre el qué de la investigación, el cómo y el para qué, describiéndose en forma explícita el propósito, el procedimiento, el instrumento de recopilación de información como tal, y la proyección y/o socialización de los resultados obtenidos en dicho proceso.

Por lo tanto, el consentimiento informado será considerado válido, cuando el paciente asiente con discernimiento, intención y libertad, manifestando su voluntad jurídica para someterse a una determinada práctica medica-terapéutica, luego de haber entendido – según su nivel de comprensión – la explicación y propuesta del profesional, las alternativas terapéuticas, su complejidad, sus riesgos y beneficios.

En definitiva, el consentimiento informado debe ser un consentimiento esclarecido; es decir, debe estar basado en una comunicación médico-paciente, fundada en la rectitud, la confianza y la buena fe. (de Lorenzo y Montero, 1997).

5.1.10. Algunas consideraciones especiales en la formación del consentimiento informado.

En la formulación del documento del CI, hay que tener en cuenta algunas cuestiones, las cuales han sido contempladas en la confección de diferentes guías prácticas de consentimiento informado (Guía de CI, Ed. Castilla y León, 2005; Guía Práctica De Servicio de asistencia sanitaria, Departamento de Salud, Gob. De Navarra, 1997):

- Un documento que contiene información demasiado sucinta y resumida no es suficiente como documento de “consentimiento informado”.
- Los padres de un menor de edad, los terceros responsables o acudientes legales pueden firmar el consentimiento cuando éste no lo pueda hacer, siempre y cuando manifiesten y determinen los mejores intereses y beneficios hacia la persona menor o incapacitada que representen o tengan la preparación emocional y física para la adecuada realización del proceso de recopilación de información.
- En el caso de menores de edad el consentimiento lo otorgará siempre su representante legal (tutores) tras haber recibido y comprendido la información mencionada. Cuando las condiciones lo permitan, si el menor tiene 12 años o más, deberá además prestar éste su propio consentimiento, y para ello debe dársele toda la información y adaptarla a su nivel de entendimiento. En tal caso deben anexarse ambos documentos firmados.
- Se sugiere que el “*consentimiento informado*” sea firmado por la persona que lo da o su acudiente legal, por el investigador responsable y por el testigo de

dicho compromiso, incluyendo siempre el número de identificación de todos los allí presentes.

- Animar a la población sujeto – objeto de la investigación, para que pregunte, o esclarezca toda duda o expectativa que se pueda tener, antes de la aplicación del procedimiento y si fuera necesario también después.
- Dejar siempre la voluntad explícita de los investigadores de respetar la autonomía del investigado, expresada en el libre retiro de la investigación en cualquier momento.
- El documento debe declarar que si el individuo participante rechaza seguir en el proceso, puede continuar asistiendo o recibiendo atención y servicio en dicha institución (universitaria, clínica u Hospitalaria) si lo solicita.
- En la recopilación de información y en la aplicación de pruebas no se puede imponer nunca el interés de la ciencia como justificación para llevar a cabo una prueba o experimento, agrediendo la integridad física de las personas.
- Tener siempre presente en la práctica investigativa la preeminencia de los derechos del sujeto antes que el deseo de eficiencia científica o investigativa.
- En caso de experimentación con sustancias o procesos químicos, el grupo investigador declara su voluntad de posible indemnización o tratamiento en el caso de daño físico o psicológico contemplado en la legislación de salud pública.

Si la voluntariedad, la autonomía y la claridad informativa son elementos esenciales, y “el consentimiento informado” está en relación directa con la escala de valores de cada persona consultada, pueden aparecer algunas distorsiones de su propósito como son: (Quintana, 1994)

- a) Manipulación: debe evitarse el sesgo amañado y el cruce de información.
- b) Persuasión: debe evitarse la presentación del compromiso a manera de publicidad o mercadeo de un producto.
- c) Coacción: debe omitirse la presión o amenaza tácita o explícita.

La mayoría de los autores actuales recomienda elaborar un documento único para cada procedimiento investigativo, y con las siguientes especificaciones:

- Hacerlo en el momento adecuado, con suficiente anterioridad a la aplicación del instrumento o prueba, evita momentos de tensión, ansiedad o depresión, que deja tiempo para decidir.
- Hacerlo en un lugar adecuado, pues las circunstancias espacio temporales influyen en la coerción o autonomía que puede tener la persona.
- Hacerlo con la persona adecuada: una persona idónea y conocedora de todo el proceso y no un delegado o auxiliar, debe ser en lo posible quien la va a realizar.
- Asegurarse de la claridad con preguntas de realimentación que comprueben la real comprensión.
- Deben evitarse dos extremos, ambos perjudiciales para el real propósito del “consentimiento informado” presentar tecnicismos que obstaculicen la claridad informativa, o el excesivo detalle en la información, que lejos de aclarar puede asustar y alejar, produciendo angustia o desesperación.
- Los consentimientos informados no deben hacerse genéricos: cada procedimiento, con sus objetivos, es un caso distinto.
- Los documentos deben extenderse en lo posible por duplicado, una copia para el grupo o institución que realiza la investigación, la consulta o prueba, y

otra copia para el consultado o paciente. (Cfr. Koltow, 2006; Quintana, 1994; Gutiérrez Jaramillo, 2005).

5.1.11. Excepciones en el consentimiento informado.

Como todos los principios y valores bioéticos, el “*consentimiento informado*” no es un fundamento absoluto: como tal, tiene sus excepciones, que sobrepasan al ámbito experimental investigativo universitario y pertenecen en especial al entorno exclusivamente médico o paramédico.

Las situaciones de extrema urgencia con riesgo de vida, pueden considerarse una “justa causa” para no realizar el (CI). En estas situaciones (estado de necesidad) se pondera al valor de la vida por sobre el de libertad, ya que sin vida no hay posibilidad de libertad. (Boladeras, Cucurella, 2000).

La gravedad de estas situaciones se define utilizando como parámetro de medida “el tiempo”. Tal es así, que algunas patologías como el trauma, son definidas como “*tiempo dependientes*” y el proceso (CI) podría volverse en contra de los intereses del paciente de no actuar en forma inmediata.

Asimismo, las cirugías practicadas de urgencia incluirán una información breve y básica, que se brindará verbalmente a los padres o encargados del paciente. Si los mismos estuvieran bajo los efectos de un shock emocional o exageradamente asustados para cumplir adecuadamente su rol parental, es conveniente que sean asistidos por otro familiar o allegado.

En el caso de ausencia de los padres o responsables (ej: trauma grave en vía pública), se realizarán los procedimientos necesarios y se informará al juzgado correspondiente.

También deberá informarse al juzgado, cuando la negativa de los padres al tratamiento, ponga en riesgo la vida del niño. En caso de negativa por creencias religiosas, si bien deben ser respetados todos los cultos, el derecho de negación encuentra límite en el principio de daño a terceros, cuando la negativa puede significar riesgo de muerte. En la Jurisprudencia Americana el interés del Estado por el bienestar general de los niños, prima por sobre la autoridad de los padres a imponerles sus convicciones morales. (Bueres, 1992).

No se podrá realizar en circunstancias en las que la urgencia no permita demoras, por la posibilidad de ocasionar lesiones prevenibles o existir peligro de fallecimiento, y tampoco se podrá cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública. ((Manrique, UBA).

5.1.12. Consentimiento informado, principios bioético e investigación con seres humanos.

Como ya indicamos al hacer referencia a los antecedentes históricos que contribuyeron a la consolidación del consentimiento informado, los juicios de Nuremberg fueron determinantes a la misma. Gutiérrez Jaramillo (2003) sintetiza así los principios fundamentales del Código de Nuremberg:

- El consentimiento informado es absolutamente esencial.
- La investigación debe tener validez científica.
- Los investigadores calificados deben emplear diseños de investigación apropiados para lograr resultados útiles a la sociedad.
- Debe haber una proporcionalidad entre riesgo y beneficio.

Refiriéndose a este tema Kieffer (1983) expresa: *“La investigación que envuelve a sujetos humanos suscita inevitablemente cuestiones graves referentes al protocolo experimental; hoy día estamos generalmente de acuerdo con la necesidad absoluta de consentimiento pleno e informado por parte del sujeto antes de que pueda emprenderse la investigación”(…)“Es bueno tener en cuenta el axioma ético central de la experimentación humana que insiste en que un experimento es ético o no lo es desde su comienzo y no ha de ser juzgado moralmente válido basándose en los resultados”.*(pp.480).

Por otra parte, creemos oportuno sintetizar los principios establecidos en Belmont y en la Declaración de Helsinki. Así, en el informe de Belmont, de 1979, se destacan tres principios éticos a tener en cuenta: respeto por las personas, beneficencia y justicia; mientras que la Declaración de Helsinki (1964-2000) plantea que el bienestar de los sujetos debe anteponerse a los intereses de la ciencia y de la sociedad; que el consentimiento debe darse por escrito; que hay que tomar ciertos recaudos de precaución si el participante depende del investigador; que los placebos deben darse de forma limitada y que debe haber un mayor acceso a los beneficios. (Iraola, 1998).

Jurídicamente, la Resolución 008430 del Ministerio de Salud del 4 de Octubre de 1993 crea las normas sobre la investigación en seres humanos. Todas las instituciones que hacen o van a hacer investigaciones deben contar con un Comité de Ética en Investigación encargado de proteger la dignidad, derechos y bienestar de los pacientes. La herramienta principal para ejercer estas funciones es el consentimiento informado escrito y verbal. Los dos consentimientos son complementarios. Cuando se invita a participar en un trabajo de investigación se deben *“poner las cartas sobre la mesa”* para informar a los participantes qué se va a

hacer, cuál es el fin que se busca con el estudio, cuáles son sus riesgos y cómo se pueden neutralizar. El sólo entregar un documento para que lo firmen los participantes no es suficiente. Los investigadores deben estar dispuestos a comunicar todos los riesgos a que pueden estar sometidos los pacientes, no sólo en la iniciación del proyecto sino en todo su curso, cuando surjan problemas o dudas en los sujetos participantes. Deben, por tal razón, establecerse vías de comunicación, fáciles y permanentes. (Gracia Guillén, 1985).

En nuestro país, algunas provincias argentinas, también han incorporado a su legislación la doctrina del consentimiento informado, especialmente en aquellas materias referidas a la investigación biomédica en seres humanos. Merecen destacarse especialmente: la ley N° 11.044 de la provincia de Buenos Aires, de protección a las personas que participan en investigaciones científicas (sancionada en septiembre de 1990 y actualmente en proceso de reglamentación); la normativa tucumana N° 6580, sobre investigación en salud; y el proyecto de ley formulado por la Provincia de Río Negro, en virtud de las investigaciones destinadas a la recolección de material genético en distintas comunidades aborígenes patagónicas. (Cecchetto, 2001).

En todo momento del estudio o experimento debe respetarse la autonomía del paciente para participar del mismo. No se deben ejercer presiones indebidas sobre su persona y toda participación debe ser voluntaria. Se le debe permitir al sujeto experimental la realización de todas las preguntas que desee hacer y, aún más, preguntarle para ver si ha entendido bien los riesgos a que puede ser sometido disponiéndose todo el tiempo que fuera necesario para cumplir esta tarea.

Según BLank y Rodríguez (2004) el consentimiento informado busca proteger a los participantes de la investigación entendiendo como tales, no sólo a las

personas sujetas a la investigación, sino también a todos los comprometidos con el proyecto en su dignidad, en sus derechos y en su bienestar. El Comité de Ética Médica de la Investigación vela porque este principio se cumpla. Los derechos humanos en la actualidad se asientan como parte constitutiva de la investigación biomédica. El consentimiento informado es el instrumento jurídico que permite, en situaciones concretas de investigación, dar eficacia a estos derechos y hacer posible su protección. Por ello es básico, como ya mencionamos en este trabajo, que el profesional de salud no asuma la redacción del consentimiento informado como un mero procedimiento administrativo, sino que sea consciente de sus fundamentos filosóficos, jurídicos y pedagógicos, para poder actuar conforme con su finalidad ética.

Simon Lorda y Concheiro (1993) consideran que, en la medida en que los derechos humanos definen a la persona, indicando su capacidad para actuar como titular en relaciones jurídicas determinadas, se hace indispensable que el profesional en salud adquiera un conocimiento apropiado para orientar su vínculo con los pacientes.

Al respecto de investigaciones con seres humanos, el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) redactó las normas pertinentes para la redacción del consentimiento informado. En dicho documento se parte de la consideración de que en toda investigación biomédica con sujetos humanos, el investigador debe obtener el consentimiento informado del presunto sujeto o, en caso de que la persona carezca de capacidad para dar su consentimiento informado, el consentimiento por poder de un representante debidamente autorizado.

La primera regla general establece que toda intervención sólo podrá efectuarse después de que la persona involucrada haya dado su libre e inequívoco consentimiento. Dicha persona deberá recibir, previamente, una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias. Además, la persona involucrada, podrá retirar, libremente, su consentimiento de participar de la investigación.

Blank y Rodríguez (2004) refiriéndose a los derechos humanos y al consentimiento informado en las investigaciones biomédicas, afirman que la toma del consentimiento informado es fundamental para la protección de las personas que participan como voluntarios en las investigaciones. De este modo, ninguna investigación puede conducirse éticamente si los potenciales participantes no son adecuadamente informados sobre la investigación y los aspectos particulares que conlleva su participación en la misma.

Según el CIEIH (Comité de Ética en Investigación de Humanos, 2001) el investigador es responsable de:

1. Informar y educar al participante sobre los aspectos de la investigación que sean necesarios para que pueda tomar una decisión informada y voluntaria acerca de si participa o no en la investigación.
2. Mantenerse disponible para contestar las preguntas que surjan de los voluntarios, antes, durante y después de la investigación.
3. Proveer a cada participante una copia de la hoja de consentimiento.

Tal como especifica el CIEM (Comités Colombianos de Ética de Investigación Médica, 2003) es posible distinguir diferentes tipos de investigaciones, en función de los riesgos que cada una de ellas implica o conlleva:

1. Investigaciones sin riesgo: los retrospectivos como revisión de historias clínicas, procedimientos ya hechos, encuestas, no ofrecen ningún riesgo para la vida del paciente. Sin embargo, siempre se debe preguntar en qué pueden afectar a los pacientes estas revisiones.
2. Investigaciones con riesgo mínimo: generalmente se presentan en estudios prospectivos, por ejemplo, en estudios de tolerancia de drogas ya aprobadas. La simple punción venosa para tomas de muestras de sangre debe ser explicada, como así también, sus posibles complicaciones.
3. Investigaciones con riesgo mayor que el mínimo: los riesgos deben ser claramente especificados, como así también, la vigilancia que se realizará sobre ellos y las medidas para controlarlos.

Las investigaciones en las cuales los riesgos se vislumbran como mayores que los beneficios, deben ser aprobadas por unanimidad por el Comité de Ética en Investigación.

Si hay una investigación con riesgos mayores, y es aprobado el consentimiento informado, debe hacerse un seguimiento periódico informando de todos los eventos adversos que vayan sucediendo al Comité de Investigaciones y al Comité de Ética. Éste último tendrá la autoridad para suspender la investigación en cualquier momento, si lo considera necesario, si está afectando seriamente la salud y el bienestar de los participantes.

Antes que el consentimiento informado pase al Comité de Ética, el Comité de Investigaciones debe analizar la justificación del proyecto y toda su metodología científica para su aprobación. Es conveniente conocer las observaciones que hizo el Comité de Investigaciones.

Con esa información posteriormente pasará al Comité de Ética de la Investigación, el cual sin dejar de considerar la Metodología científica y los procedimientos del trabajo de Investigación, analizará el Consentimiento Informado para que cumpla todos los requisitos que protejan al paciente. Sin la aprobación de este Comité, no se podrá hacer el proyecto.

5.1.13. El lugar del consentimiento informado en los Códigos de Ética de los psicólogos en nuestro país (Código de la Provincia de Buenos Aires y de F.e.P.R.A.).

El consentimiento informado está contemplado como normativa en los códigos de ética que rigen la práctica profesional e investigativa de los psicólogos. Así, en el Código del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Bs. As., en su capítulo tercero de los Deberes hacia los consultantes, hay varios artículos que dan cuenta del mismo. Hallamos:

Artículo 19º- El psicólogo debe propender a que todos los pacientes gocen del principio de libertad de elección del profesional.

Artículo 20º- El psicólogo deberá, en su ejercicio profesional, establecer y comunicar los objetivos, métodos y procedimientos, así como honorarios y horarios de trabajo que realiza.

Artículo 21º- Es deber del psicólogo respetar la voluntad del consultante cuando sobrevenga la negativa de proseguir bajo su atención.

En el capítulo sexto del Código citado, destinado a la Investigación leemos:

Artículo 37º- En los trabajos de investigación el psicólogo actuará respetando los derechos de los investigados en cuanto a ser consultados e informados de todo aquello que pudiera comprometer su salud, capacidad de decisión y participación en asuntos que afecten sus condiciones de vida.

Artículo 38º - Queda absolutamente prohibida la realización de cualquier acto dentro de la investigación que pueda causar perjuicio a la persona.

Asimismo, en el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (Fe.P.R.A.) observamos, en el capítulo 1, consideraciones respecto al consentimiento informado:

1.1. Los psicólogos deben obtener consentimiento válido tanto de las personas que participan como sujetos voluntarios en proyectos de investigación como de aquellas con las que trabajan en su práctica profesional. La obligación de obtener el consentimiento da sustento al respeto por la autonomía de las personas, entendiéndose que dicho consentimiento es válido cuando la persona que lo brinda lo hace voluntariamente y con capacidad para comprender los alcances de su acto; lo que implica capacidad legal para consentir, libertad de decisión e información suficiente sobre la práctica de la que participará, incluyendo datos sobre naturaleza, duración, objetivos, métodos, alternativas posibles y riesgos potenciales de tal participación. Se entiende que dicho consentimiento podrá ser realizado si considera que median razones para hacerlo.

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

1.3. En los casos en los que las personas involucradas no se encuentran en condiciones legales, intelectuales o emocionales de brindar su consentimiento, los psicólogos deberán ocuparse de obtener el consentimiento de los responsables legales.

1.4. Aún con el consentimiento de los responsables legales, los psicólogos procurarán igualmente el acuerdo que las personas involucradas puedan dar dentro de los márgenes que su capacidad legal, intelectual o emocional permita y cuidarán que su intervención profesional respete al máximo posible el derecho a la intimidad.

1.5. En los casos en los que la práctica profesional deba ser efectuada sin el consentimiento de la persona involucrada, como puede ser el caso de algunas intervenciones periciales o internaciones compulsivas, los psicólogos se asegurarán de obtener la autorización legal pertinente y restringirán la información al mínimo necesario.

1.6. El consentimiento de las personas involucradas no exime a los psicólogos de evaluar la continuidad de la práctica que estén desarrollando, siendo parte de su responsabilidad interrumpirla si existen elementos que lo lleven a suponer que no se están obteniendo los efectos deseables o que la continuación podría implicar riesgos serios para las personas involucradas o terceros.

Según Toselli (2001), si se admite la validez del punto 1.1. del Código citado, el profesional psicólogo deberá informar al usuario – para poder obtener su consentimiento informado – sobre los elementos relativos a la naturaleza de su

práctica y, en el caso de ser una práctica clínica orientada según una escuela, referir los recursos a utilizar como así también, aclarar la existencia de otros recursos desde otras posturas posibles, si bien, no consideradas por el profesional actuante. Tal opinión es compartida por Gauthier quien, en *Ética y Psicoterapia*, advierte contra aquellos terapeutas que *“sin darse cuenta fuerzan a los sujetos a aceptar valores del profesional o de la sociedad”* (pp.49).

De todas maneras, y considerando que la relación del profesional frente al corpus deontológico no debe ser heterónomo, sino que debe permitir un posicionamiento crítico-ético frente al mismo (Calo, 2001; Nogueira, 2001), es preciso considerar que hay multiplicidad de situaciones en donde que no permiten considerar los términos en forma absoluta. Al respecto, Mulder (2001) abre el interrogante: *“¿Se puede articular la práctica clínica, en su diversidad de modos de presentación y en las diferentes maneras de concebir teóricamente el sufrimiento psíquico con los preceptos deontológicos que regulan el ejercicio profesional?”*. Frente a esta pregunta cita dos posturas: la de Secchi (1993), quien refiere que un paciente será competente cuando entienda la información sobre el tratamiento; labor no tan sencilla por la cantidad de elementos subjetivos que intervienen y, la de Calo (2000), que sostiene que, en la investigación psicológica se presentan situaciones en las que, el consentimiento del sujeto a la información que se brinda, puede ocasionar resultados negativos o inhabilitar la práctica.

Tal como el Código de la Provincia de Bs. As., el de Fe.P.R.A. considera la importancia de la obtención del consentimiento en los casos en que se lleven a cabo estudios con fines investigativos. Se plantea la necesidad de respetar la “intimidad de las personas involucradas” (art. 4-3-); de asegurar “la libertad de poder participar o retirarse” de la investigación (art. 4-4-); de brindar a los sujetos “una información

acabada”, sin incurrir en “omisión de información” ni recurrir a “técnicas de engaño” (art. 4-5-). Además, considera que no deberán llevarse a cabo proyectos de investigación que puedan derivar en consecuencias desagradables o que impliquen posibilidad de riesgos (art. 4-6-).

5.2. El secreto profesional.

5.2.1. Historia, consolidación y fundamento del secreto profesional.

El derecho a la intimidad resulta difícil de definir. Afecta a las esferas más profundas de la personalidad y, junto a un componente estable y permanente, ofrece también otros factores cambiantes, fruto de la coyuntura, de la sensibilidad personal y social. (Sánchez Carazo, 2003). Es el derecho fundamental del futuro, del siglo XXI, según afirman muchos autores ya que, donde no se protege la intimidad no se protegen otros muchos derechos. Por esta razón, se puede definir como un derecho “raíz” pues funda, alimenta y da razón de ser, a otros muchos.

Es importante tener en cuenta que la libertad y, por lo tanto, sus concreciones (derecho a la intimidad y a la vida privada) son necesarias para que el individuo pueda desarrollar el derecho de autonomía y, de esta forma, tomar por sí solo las decisiones que mejor le convengan, siempre que no estén en juego derechos fundamentales de terceros, bienes o valores constitucionales.

El secreto médico es una tradición en la profesión médica y una variedad de secreto común a todos los profesionales.

Sánchez Carazo, citada anteriormente, hipotetiza que su origen estaría vinculado con los asclepiades (casta de sacerdotes relacionados con la sanación de los enfermos), siendo su trascendencia tan importante que el Juramento Hipocrático

hace una clara referencia a la discreción que deben mantener los médicos en el ejercicio de su ciencia y su arte. El secreto médico (del latín, *secretum*: lo que debe ser guardado en reserva), es la obligación jurídica, el derecho legal y el deber moral de los profesionales del arte del curar, de guardar silencio sobre todo aquello que vieron, oyeron, descubrieron o realizaron durante el ejercicio de su profesión.

Hace veinticinco siglos, según Fiorentino (Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez) en la época de Hipócrates, el ejercicio de la Medicina no estaba reglamentado en Grecia y cualquiera podía desempeñar el papel de curador; por eso, este arte estaba bastante desprestigiado.

Los médicos de escuela, los formados al lado de Hipócrates, elaboraron y suscribieron un documento que pasó a la posteridad con el nombre de Juramento hipocrático, mediante el cual se comprometían con la sociedad a cumplir una serie de requisitos mínimos, que garantizaran su actuar. El compromiso de ejercer siguiendo una línea determinada de conducta no fue impuesta por autoridad alguna sino que fueron los mismos médicos quienes llevaron la iniciativa. Para darle mayor credibilidad a la promesa, aquellos médicos helenos pusieron como testigos a sus dioses, elevando con ello el compromiso a la categoría de juramento. Se da por descontado que quien recibe el título de "*Médico*" está obligado moralmente a seguir el ejemplo de los curadores hipocráticos.

En nuestro país, la Ley 23 de 1981 (Código de Ética Médica) recogió, con carácter de obligatorio para todo médico, el llamado "*Juramento*", aprobado por la Convención de Ginebra de la Asociación Médica Mundial en 1948. Los alcances de la obligación y el derecho no sólo involucran al médico tratante sino también a

cualquier otro colega que intervenga en el caso. (Artículo 75 del Código de Ética de la Confederación Médica de la República Argentina – CO. M. R.A.). (Basile, 1999).

La norma de la confidencialidad, en la relación profesional de la salud – paciente, tiene una larga tradición iniciada en los orígenes del juramento nombrado, el cual enuncia la obligación del médico de salvaguardar lo que el paciente le confía.

Sin embargo, pese a lo planteado hasta aquí, respecto a la reserva a que se compromete el médico u otro profesional de la salud de todo lo confiado por su paciente, ocurrió un incidente fundamental que permitió entrever la posibilidad de modificar dicha promesa por parte del profesional actuante, el “*caso Tarsoff*”. En dicho caso, el señor Poddar reveló al terapeuta que lo atendía, su intención de matar a una chica. Si bien no le comunicó su nombre, el profesional interpretó que se trataba de la novia de su paciente, Tatiana Tarasoff. Ordenó la internación del joven en un instituto psiquiátrico, pero los médicos forenses determinaron que el estado de Poddar no requería internación y, bajo la promesa de que no se acercaría a la muchacha, no lo retuvieron. Dos meses más tarde Poddar mató a Tatiana. (Kraut, 1991). Este caso ilustra la confrontación entre el deber de confidencialidad y los principios de no-maleficencia y de justicia, principios absolutos que obligan a no dañar y a tratar con igual consideración y respeto a todas las personas. Según Taboada (2000), interpretado el dilema en término de derechos, la colisión se establece entre el derecho a la confidencialidad y el derecho a la vida.

Los debates suscitados por este caso, ocurrido en EE.UU. en 1969, sentaron las bases de lo que se conoce como “*doctrina Tarasoff*”, que establece que es un deber profesional romper el secreto profesional cuando la no revelación implique poner en riesgo a terceros. (Beauchamp et al, 1987).

De este modo, si bien en primera instancia, todo profesional debe cumplir con la norma de confidencialidad, este deber no es absoluto. Es el profesional el que deberá juzgar la situación frente a la que se encuentra y, obrar en consecuencia.

Guzmán Mora (2000) opina que, de todos los profesionales, el médico es el que tiene el conocimiento más profundo de la intimidad de las personas ya que, es el depositario de la enfermedad que lo aqueja, del tratamiento que efectúa, del impacto que sus instrumentaciones dejan en los cuerpos de quienes necesitan de su arte y de ciencia. Por eso, lo define como el *“paradigma del defensor de la intimidad de las personas”*.

La noción de secreto profesional fue abordada por el filósofo del derecho Rudolph Stambler, siguiendo a otro colega alemán, Helmunt Kolhn, quien decía que *“el secreto profesional es aquella actitud de reserva que recae sobre una cosa corporal o incorporal con el fin de proteger la intimidad del individuo”*. (Guzmán Mora, 2000).

Por su parte, Hermosilla (2002), considera que la confidencialidad en Psicología debe analizarse teniendo en cuenta la doble vertiente de la disciplina: la científica y la profesional, de lo cual se desprende que la confidencialidad obliga tanto a la práctica del profesional como a la del investigador; *contrariando la vieja creencia de que la deontología sólo tiene injerencia en el ejercicio liberal de la profesión*”. (pp. 56).

5.2.2. La intimidad, la privacidad y la confidencialidad. Esclarecimiento terminológico.

Aunque en ocasiones los términos: intimidad, privacidad y confidencialidad no se diferencian claramente y se utilizan como si fueran sinónimos, se pueden establecer algunas pequeñas diferencias. (Fariñas Matón, 1983).

La intimidad sería la parte de la vida privada que cada ser humano – ya sea por motivos sociales, educacionales, o de la propia naturaleza humana – quiere guardar para sí de una forma muy especial y que, sólo la dará a conocer, si decide hacerlo, a un círculo reducido de personas en las que se tiene fe compartida o confianza y que, por ello, se hace en ambiente de confidencialidad. Según Sánchez Carazo (2003) en el centro de la intimidad se encuentra nuestra vida interior: pensamientos, sentimientos, deseos, ideologías y creencias, y algunas parcelas de nuestra vida exterior: relaciones íntimas, actos fisiológicos, entre otros. Ciertos datos sobre nuestra persona, entre los que se encuentran los relacionados con nuestra procedencia, las tendencias sexuales, los datos de salud y otros datos que puedan acarrear menoscabo o discriminación en nuestra forma social y en los ambientes en los que vivimos, son datos íntimos que hay que respetar para poder resguardar la autonomía y la libertad.

La privacidad está directamente relacionada con la intimidad. Todo lo íntimo está dentro de la privacidad de una persona, pero no todo lo privado es íntimo. La vida privada abarca multitud de aspectos, muchos de ellos cotidianos como por ejemplo, qué y dónde se vive, con quién se pasea, qué se compra, etc. También se pueden considerar dentro de lo privado: el tiempo, los pensamientos, las sensaciones, las creencias. Todo ello y mucho más forma el entramado de la “*privacidad*” y configura gran parte de nuestra vida. Por otra parte, en algunas personas, muchas de estas cosas dejan de ser parte de su “*vida privada*” sin que se

cometa abuso o injusticia. Son las “*personas públicas*”, que, por su cargo y/o función social, han optado libremente por renunciar a una buena parte de su vida privada. Incluso, muchos aspectos de la vida privada de las personas públicas son fácilmente accesibles o son obligatoriamente controlables por el Estado o por otros particulares que tienen derecho a saber y manejar esos datos. De este modo, la privacidad abarca todas aquellas facetas de nuestra vida que “*nos son propias*”, pero puede que, por su misma naturaleza o por las circunstancias vitales elegidas, muchas de ellas no son absolutamente “*propias*” o incluso, pueden, legítimamente, dejar de serlo. Esto da muestra de la existencia de una verdadera gradualidad privada.

La confidencialidad, por su parte, puede definirse desde el hecho o el dato “*confidencial*”; en este caso se identifica con intimidad y privacidad, según el grado, por la actitud que se le pide al sujeto, conocedor de ese hecho o dato. Así, la confidencialidad sería la actitud o comportamiento de respeto, de silencio, de secreto, que pide el hecho o dato íntimo o privado en el sujeto que lo conoce. Es, entonces, la respuesta adecuada al carácter íntimo o privado de ciertos aspectos de la vida de una persona. Por eso mismo, la confidencialidad deberá ser proporcional al grado de privacidad o de intimidad que tenga o se le dé al hecho o al dato.

Fiorentino (Hospital de Niños R. Gutiérrez), considera que la confidencialidad, en sentido genérico, hace referencia tanto al derecho del sujeto a que no sean reveladas las informaciones confiadas a otra u otras personas, como al deber de sigilo que compromete a quien o quienes reciben la confidencia. Por lo tanto, para este autor, la confidencialidad no se refiere exclusivamente al ámbito clínico sino que parte de un concepto más amplio, que es el de privacidad o intimidad, que define la existencia de un necesario espacio propio, íntimo y exclusivo, donde el ser humano

puede expresarse en sí mismo y donde sólo acceden otros si son autorizados por la persona, habitualmente, en forma parcial. Así considerada, la confidencialidad, no puede entenderse como una característica individual sino que surge, necesariamente, en el ámbito de la relación interpersonal.

Desde la perspectiva de Fiorentino, en el marco clínico la confidencialidad se equipara con el término de secreto médico o secreto profesional. Así, la confidencialidad, como hecho central en la profesión sanitaria es un requerimiento para cualquiera que trabaja con otros seres humanos.

Por su parte, Graciela Taboada (UBA) considera que la dignidad humana es la premisa básica a partir de la cual se determinan los derechos humanos fundamentales. De su reconocimiento, surge el derecho a la privacidad como protección de la esfera íntima de la persona, en tanto este derecho no afecte a los demás. Es el ámbito al que nadie puede tener acceso a menos que el propio sujeto lo quiera o se lo fuerce. Desde la perspectiva legal, el derecho a la intimidad, en relación a la información privada que un sujeto recibe de otro, en función del ejercicio de su profesión, es la base que se intenta proteger con el deber de confidencialidad. Ésta hace referencia a una apertura respecto de la intimidad de un sujeto hacia otro. Alude a una relación establecida sobre la fe o la confianza que ya está expresada en el propio término; así, “*con*” designa la conexión con otro, en tanto, “*fidencialidad*”, remite al concepto de fidelidad. De este modo, la palabra encierra el sentido y condición de que, lo que una persona relata sobre su vida íntima, lo hace con la seguridad de que aquél que recibe su confidencia, no lo divulgará sin su consentimiento. La importancia de la confidencialidad se torna esencial cuando se piensa en el contexto de la relación “*profesional de la salud –*

paciente”, puesto que es la confianza en el primero - en tanto portador de un saber que puede ayudar a restaurar la salud o a devolver el bienestar - la que posibilita la apertura de la intimidad. Para los objetivos de la medicina, es de esencial importancia la información que suministre el paciente, y ésta será más fluida, cuanto mayor sea la seguridad de que el secreto será respetado.

Nogueira (2001) afirma que los profesionales de la Psicología deben guardar secreto y que, la confidencialidad, es la condición primera y esencial para hablar libremente. Dicha condición es un requisito y, al mismo tiempo, una obligación legal, ética y deontológica. El secreto, como condición, obligación y función, debe ser tenido en cuenta en los distintos ámbitos del ejercicio profesional, como también, en los distintos espacios que supone: público, privado e íntimo. Al respecto, Hermosilla (2003) aporta que todos tenemos tres tipos de actuaciones, correlativas a estos espacios. De este modo, lo único que de cada cual pertenece a los demás son sus actuaciones públicas, porque son hechas en y para el público, con la consiguiente responsabilidad que implican. Las actuaciones privadas e íntimas pertenecen por completo a cada sujeto y quien quiera penetrar en ellas, invasivamente, puede incurrir en un delito. Las primeras son observables, palpables; las segundas podrían serlo según la agudeza del observador; mientras que las terceras sólo pueden inferirse. Éstas son las actuaciones con las que se enfrenta cotidianamente el psicólogo en el ejercicio de su práctica y frente a las cuales debe guardar secreto.

Si describir los conceptos tiene su dificultad, más difícil será delimitarlos exactamente, señalar sus fronteras y decidir qué hechos y qué datos pertenecen a la esfera íntima o a la meramente privada. Hay que tener en cuenta que la diferencia entre lo íntimo y lo privado no es sustancial sino de grado. Por todo ello, podemos

decir que privacidad, intimidad y confidencialidad son conceptos describibles, difícilmente definibles y diferenciales entre sí. La defensa de la intimidad y de la confidencialidad se ha realizado desde dos ámbitos diferentes, pero con profundas relaciones: desde el desarrollo legislativo y desde el pensamiento ético. Ambos son saberes y quehaceres distintos que están directamente relacionados con el secreto profesional y con la protección de los datos persona.

5.2.3. Dimensiones de la confidencialidad.

La confidencialidad, en la práctica clínica, puede abordarse desde tres perspectivas o dimensiones diferenciadas que, sin embargo, comparten algunas características. Éstas son: la dimensión legal, la dimensión ética y la dimensión clínica.

a) Dimensión legal: en nuestro país, el encuadre jurídico del secreto profesional, está con templado básicamente en dos legislaciones, la ley 17.132, artículo 11 del Ejercicio de la Medicina y por el Código Penal Argentino en su artículo 156, que establece penas de multa e inhabilitación especial a todo aquel que, por su estado, oficio, profesión o empleo, tuviera noticia de un hecho y lo revelara sin justa causa. (Basile, 1984; Nogueira, 2001).

La doctrina especifica claramente, que cuando se viola el secreto profesional, la ley quiere evitar la divulgación y la publicidad, pero lo esencialmente punible es la revelación, aunque sea a una sola persona, sin justa causa. Su sustento es la armonía en la interpretación de normas específicas fundamentadas en tres pilares (Fiorentino, Hospital Ricardo Gutiérrez):

- a) Contrato consensual entre el médico y el paciente donde la confidencialidad constituye, entre otras cosas, un deber moral de quien asiste a un enfermo.
- b) El orden público definido como un conjunto de conductas y reglas destinadas a preservar el bien jurídico y asegurar un normal funcionamiento de los servicios, regulando las relaciones de los particulares entre sí y, a su vez, de éstos con el Estado.
- c) Justa causa, elemento del que se vale el ente social para exigir o autorizar la revelación del secreto médico, en determinadas circunstancias. (Secreto médico relativo). La justa causa también es aplicable para no revelar cuando las normas establezcan la utilización del Secreto Médico Absoluto.

Nogueira (2001) y Hermsilla (2000) enumeran las diferentes legalidades que obran como referentes en el accionar profesional del psicólogo y ante las cuales debe responder: la Constitución, el Derecho Penal, el Derecho Civil, la ley 10.306, con sus Reglamentaciones, Resoluciones y el Código de Ética.

La Constitución Nacional, en su Artículo 19 expone el derecho a la intimidad de las personas: " *Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios, y exentas del poder de los magistrados. (...) Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe*". Éste es el marco regulatorio existente en la República Argentina, el cual define el derecho de la intimidad como un derecho personalísimo que protege la vida privada del hombre en todas sus dimensiones.

El Derecho Penal en el art. 177 (Derecho de Forma) impone a los profesionales de la salud, la obligación de denunciar aquellos delitos de los que tuvieran conocimiento en el ejercicio de su profesión. Igualmente, el Código de Procedimientos, en su art. 82, determina a los funcionarios públicos la obligación de denunciar delitos; y en el art. 156 (Derecho de Fondo) se comunica que será sancionado con prisión de seis meses a dos años o multa e inhabilitación especial de hasta tres años, aquél que revelara, sin justa causa, alguna información obtenida en razón de su profesión. Al respecto Hermosilla (2000) plantea que, aún con justa causa, nadie tiene obligación de denunciar aquello que jurídicamente está obligado a mantener en reserva; lo cual coloca al psicólogo frente a un dilema ético, a un conflicto de valores.

También el Derecho Civil contempla el incumplimiento de la confidencialidad que deben asumir los profesionales en el ejercicio de su profesión, en los artículos: 1071 bis, 1068, 1078; y en el Derecho Procesal, el art. 442 inc.2. El secreto profesional es una prescripción que está incluida en las leyes de ejercicio profesional y reglamentada en los códigos de ética profesional y, al ser las leyes de ejercicio profesional de orden público y, consiguientemente, de cumplimiento obligatorio, podría decirse que esto constituye una competencia de los Colegios profesionales. (Hermosilla, 2000).

La ley 10.306 en su art. 7 “c” establece que “los profesionales de la psicología están (...) obligados a (...) guardar secreto profesional”.

b) Dimensión ética:

La dimensión ética trata de sopesar la protección de un valor individual – la intimidad – y, de evaluar su peso específico frente a valores sociales que se resumen en el bien común. De ahí que los códigos reflejen, en su mayoría, la importancia del secreto, pero también las circunstancias en que el profesional puede suspenderlo.

Los fundamentos deontológicos de la confidencialidad se basan en el respecto a la autonomía individual y a la dignidad de la persona. (Barcia, 1988). Así, el secreto ha pasado de ser un atributo del profesional, que lo administraba en bien del paciente (postura beneficente), a considerarse un derecho del paciente o usuario (postura autonomista), que se considera, en general, único agente capaz de relevar al profesional del deber de secreto.

La estructura federal de gobierno que tiene nuestro país, determina que las leyes de ejercicio profesional sean sancionadas por las provincias; es decir, que las distintas legislaciones provinciales realizan tratamientos diversos a la normativa. Esto explica por qué en los distintos códigos se utilizan, indistintamente, los términos secreto profesional, manejo de la información o confidencialidad. (Hermosilla, 2000). A continuación transcribiremos la síntesis aportada por la mencionada autora, respecto a lo mencionado en los diferentes códigos de ética, sobre el secreto profesional:

1. Es obligación del psicólogo guardar el secreto profesional, de todo aquello que le sea confiado por sus consultantes en el ejercicio de su profesión. El interés público, la seguridad de los pacientes, la honra de la familia, la respetabilidad del profesional exigen observar la confidencialidad.



2. La información que se da a padres y/o demás responsables de menores o deficientes y a las instituciones que las hubieren requerido, debe realizarse de forma que no condicione el futuro del consultante o pueda ser utilizado en su perjuicio.
3. La información acumulada por el psicólogo en el transcurso del proceso psicodiagnóstico, ha sido obtenido en circunstancias y con objetivos determinados, por lo tanto el profesional debe ser muy prudente en su utilización y/o devolución, especialmente cuando ello pueda afectar las actividades en curso de el o los pacientes, o se siga un perjuicio para él o los mismos o afecte la confianza de él o los que suministran la información.
4. El psicólogo no podrá otorgar informes en los siguientes casos: a) cuando haya relación de dependencia con la persona de que se trate; b) cuando la persona objeto del informe sea su cónyuge, pariente por consanguinidad o colaterales hasta el cuarto grado y afines hasta el segundo grado.
5. Cuando se trate de trabajo profesional en equipo, sobre todo los miembros del mismo, pesa la obligación de guardar secreto profesional. La misma obligación subsiste para el profesional aún después de concluida la relación con el consultante.
6. En el controvertido tema de los límites del secreto profesional, nuestros códigos en rasgos generales, proponen que los psicólogos den a conocer la información obtenida, únicamente para:
 - a) Proveer servicios profesionales necesarios al paciente institucional o particular.

- b) Obtener consultas profesionales apropiadas.
- c) Cuando el psicólogo ha sido comisionado por autoridad competente.
- d) Cuando el psicólogo fuera denunciado por supuesta transgresión a las normativas impuestas por su profesión, en este caso podrá dar a conocer cuestiones alcanzadas por el deber del secreto profesional, pero sólo dentro de los límites de lo que fuera indispensable para su propia defensa.
- e) Cuando se trata de evitar la comisión de un delito o evitar los daños derivados del mismo.
- f) Cuando así lo exija la situación del propio consultante, debido a que éste, por causa de su estado, presumiblemente pueda causarle un daño o causarlo a los demás.
- g) Los psicólogos garantizan una apropiada confidencialidad. Al crear, almacenar, acceder, transferir y eliminar registros bajo su control, ya sea que éstos estén escritos, automatizados o en otro medio. (Di Doménico y Hermosilla, 1998).

Particularmente, tomaremos en consideración dos códigos de Ética Profesional: el del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires y el de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (Fe.P.R.A.), respecto a lo que plantean sobre el secreto profesional.

En un principio, en el Código de Ética de Buenos Aires, se lo consideraba un principio absoluto. Así lo observamos en el artículo 12º: *La obligación de guardar secreto es absoluta. El psicólogo no debe admitir que se le exima de ella por ninguna autoridad o persona, ni por los mismos confidentes. Ella da al psicólogo el*

derecho ante los jueces de oponer el secreto profesional y de negarse a contestar las preguntas que lo expongan a violarlo.

Según Hermosilla (2002), si por definición, lo que caracteriza a toda norma es la posibilidad de que posea excepciones, al reconocer a la confidencialidad como absoluta, la estamos igualando al deber eclesiástico de guardar sigilo, colocando el interés individual por sobre el interés social. Asimismo, tampoco es absoluto el derecho del consultante, por lo cual, el deber de guardar secreto se mantiene hasta tanto no entre en conflicto con el deber que toda persona tiene de no causar daños.

En el Código de Fe.P.R.A., el capítulo 2 contempla el secreto profesional. Así en 2.1. se lee: *“Los psicólogos tienen el deber de guardar secreto de todo conocimiento obtenido en el ejercicio de su profesión. Este deber hace a la esencia misma de la profesión, responde al bien común, protege la intimidad y honra de los consultantes y sus familias y es garantía de la respetabilidad del profesional, cualquiera sea el ámbito profesional de desempeño”.*

El articulado comprendido entre 2-1 y 2-7 desarrolla las obligaciones de los profesionales psicólogos respecto a esta normativa. Así, “Los informes escritos o verbales sobre personas, instituciones o grupos deberán excluir aquellos antecedentes entregados al amparo del secreto profesional...(2-2-); “La información que se da a padres y/o demás responsables de menores(...) debe realizarse de manera que no condicione el futuro de los mismos y que no pueda ser utilizada en su perjuicio”(2-3-); “Los psicólogos no deben intervenir en asuntos que puedan obligarlos a revelar conocimientos amparados por el secreto profesional...(2-4-); “La obligación de guardar secreto subsiste aún después de concluida la relación profesional. La muerte de los consultantes no exime a los psicólogos de su

obligación frente a la confidencialidad” (2-5-); Cuando los psicólogos comparten información confidencial como resultado del trabajo en equipo (...) la obligación de guardar secreto se extiende a todos los profesionales participantes” (2-6-); “Los psicólogos garantizarán una apropiada confidencialidad al crear, almacenar, acceder, transferir y eliminar registros bajo su control... (2-7).

Por lo expuesto se desprende, que las normas deontológicas vigentes establecen que el secreto profesional es inherente al ejercicio de la profesión, y lo consideran como un derecho y una obligación de los profesionales psicólogos y de sus colaboradores para preservar la seguridad y el derecho de los pacientes asistidos.

c) Dimensión clínica:

El paciente acude al profesional sanitario porque padece un problema de salud, y busca ayuda en forma de diagnóstico y tratamiento. Para la evaluación de dicho problema el paciente pone en manos del profesional, a lo largo de todo el proceso, mucha información (directa o indirecta) sobre aspectos íntimos de su vida. Además, el profesional – a través de terceros, de exploraciones y de observación directa del paciente, de pruebas complementarias, etc. – accederá a una información íntima complementaria. Cuando los pacientes entran en este proceso, presuponen que aquello que el profesional va a conocer será guardado, preservando su identidad. La mutua confianza es la base de la relación terapéutica. Por otra parte, el respeto a la intimidad debe presidir determinados modos en la exploración, evitando invasiones innecesarias y determinados límites en la

anámnesis, interrogando exclusivamente sobre los datos relevantes al proceso. (Colodrón, 1992).

La ruptura de confidencialidad se produce siempre que se transmiten datos de un sujeto, más allá de los profesionales directamente implicados en su tratamiento, o de las personas con tareas directamente relacionadas con algún aspecto del proceso terapéutico, aunque no sean sanitarios. Appelbaum y Gutheil (1991) sugieren lo que denominan el círculo de la confidencialidad, entendiendo como tal, el núcleo donde fluye la información sin que se rompa el compromiso contraído con el paciente. En dicho círculo estarían incluidos, además del paciente y su terapeuta, todos aquellos profesionales que pudieran componer el equipo de trabajo clínico. Fuera del círculo sitúan a la familia del paciente, la policía, los abogados y a los terapeutas extrahospitalarios cuando el paciente se encuentra internado. Cualquier contacto fuera del círculo debería pasar por el consentimiento del paciente.

Según la APA (1987), para que haya "*intromisión ilegítima*" no es necesario que se produzca una divulgación masiva de los datos íntimos, basta con que éstos se transmitan a una sola persona ajena a los profesionales sanitarios implicados directamente en la atención al paciente. Al respecto, la mayoría de los autores consultados coinciden en que, aún cuando el paciente consienta en la transmisión de información confidencial, es muy importante ser cauteloso en la cantidad y calidad de información transmitida, siendo recomendable que la austeridad sea el criterio prevalente.

El deber de secreto afecta en el profesional de la salud mental, no sólo a aquella información a la que accede porque el paciente o su familia la ponen en sus

manos, sino también, a todo aquello que observa, interpreta o valora en su práctica. La Psicología es una de las disciplinas en la que los aspectos no verbales de la información tienen una relevancia notable y donde los aspectos de valoración e interpretación conviven con los hechos, a veces al mismo nivel de valor.

Cuando el paciente es competente sólo hay dos niveles posibles de conflicto en relación a la confidencialidad: obtener el consentimiento necesario cuando se requiere la intervención de terceros en el proceso y, establecer, ante la demanda del paciente, de información sobre su propio proceso, los límites de lo que debe comunicársele.

La información que el psicólogo o el terapeuta recibe no siempre procede del paciente. A menudo, la familia u otros aportan información sobre el paciente o sobre aspectos que le afectan y, en ocasiones, demandan discreción sobre la información generada, o comunican datos que pertenecen a su propia esfera de privacidad y que constituyen, en sí mismos, datos confidenciales, pero no del paciente sino de los terceros. Por lo tanto, puede ser necesario que en el proceso terapéutico se tengan que establecer distintos niveles de confidencialidad. (Appelbaum y Gutheil, 1991).

Sin embargo, en relación a familiares y/o allegados pueden darse dos fenómenos, no tan claros de manejo: por un lado, las llamadas "*comunicaciones en paralelo*", que consisten en aquellas informaciones proporcionadas por algún familiar del paciente, el cual nos conmina a actuar pero sin poder manejar la información ni la fuente; y por otro, pueden producirse "*demandas de información*". Ambos fenómenos pueden llegar a influir negativamente en la relación terapéutica,

por lo cual, los autores citados consideran que deben ser sistemáticamente evitados.

5.2.4. Secreto profesional: conceptualización del término. Clases.

En sentido amplio, el secreto profesional es la obligación legal que tienen ciertas profesiones de mantener en secreto la información que han recibido de sus clientes. Al contrario que otro tipo de deberes de confidencialidad, el secreto profesional se mantiene incluso en un juicio.

Entre estos profesionales, cabe citar como casos más típicos el abogado, el médico y el psicólogo. Sin embargo, también puede haber otros casos de asesores o servicios que tengan ese tipo de obligación, como por ejemplo, los asesores fiscales o las compañías de seguros.

El secreto profesional es una obligación de confidencialidad que se impone por la necesidad de que exista una absoluta confianza entre el profesional y quienes acuden a solicitar sus servicios. En el caso de los médicos, el secreto profesional se basa en el respeto a la intimidad del cliente.

Existen casos paralelos, pero con algunas diferencias, con ciertas figuras religiosas como los sacerdotes. Éstos tienen la obligación de mantener el secreto de confesión. Dicha obligación, sin embargo, es paralela a la ley y deberá ser refrendada por el ordenamiento jurídico para que tenga validez ante el juez. La obligación de ese tipo, por lo tanto, es esencialmente moral y no jurídica, y suele abarcar más de lo que abarca el secreto profesional propiamente dicho. Por ejemplo, el secreto de confesión impide a un sacerdote revelarlo incluso cuando esté en

peligro su propia vida, lo cual no ocurre en el secreto profesional. (Enciclopedia Wikipedia).

El secreto profesional no sólo constituye un deber – la obligación del profesional de guardar reserva en torno a los hechos privados que lleguen a su conocimiento en el ejercicio de su actividad – sino, además una forma de protección del propio profesional frente a la injerencia de terceros en las actividades propias de su oficio.

Rodríguez Sendín (2005) considera que el secreto médico es una promesa de silencio singular integrada en la práctica de la medicina desde hace miles de años. Es uno de los pilares sobre los que descansa la relación entre médico y paciente y, por lo tanto, su valoración y análisis puede hacerse desde el punto de vista del médico o desde el paciente, pero ambos enfoques deben resultar complementarios: el secreto médico es un deber del médico que responde a un derecho fundamental del enfermo y ambos deben ser preservados. De no darse tal complementariedad, el secreto se convertiría en una verdadera fuente de conflictos, un elemento ajeno al proceso de colaboración que debería darse entre el médico y el sujeto que reclama su ayuda.

El secreto profesional aparece vinculado íntimamente con los que se presentan como derechos fundamentales de la persona (sana o enferma) y que se concretan en el derecho a la información, el derecho a no ser sometido a tratamiento alguno sin consentimiento, y el derecho a la intimidad.

Según el profesor Uribe Cualla (1999) existen cuatro tipos de secreto profesional médico:



1. Absoluto: el médico debe callar siempre, todo; ya sea en privado o ante la justicia. Es la negación inquebrantable de cualquier tipo de revelación. De este modo, el médico no podrá confiar un hecho conocido a través de su profesión ni a sus colaboradores. (Esta modalidad es utilizada en Inglaterra y también está contemplada en la legislación procesal penal española, en el artículo 303, el cual expresa que sólo podrá revelarse la información confidencial en la medida que el paciente así lo autorizara). Como señala Ataz López (sin fecha), si el profesional pudiera revelar los hechos de los que tuviera conocimiento, en el ejercicio de su profesión, ello daría lugar a una perturbación social. En consecuencia, desde esta postura, se prohíbe revelar la información protegida por el secreto profesional, teniendo en cuenta los intereses generales y no sólo los particulares del paciente. Asimismo, el profesional podría mantener la confidencialidad frente a la justicia, ya que si bien no está exento del deber de testificar, sí podrá callar lo que sepa, alegando que, de hablar, revelaría un secreto conocido en el ejercicio de su profesión o con ocasión de ella.

2. Relativo: no debe guardarse frente a la justicia, para así, colaborar en la búsqueda de la verdad. También denominado intermedio o ecléctico, ha sido aceptado por nuestra legislación y la del resto de América del Sur, y convalida la revelación del secreto profesional a personas y a entidades correspondientes (con discreción y con límites), siempre que hubiera una razón suficiente; es decir, *"justa causa"*. Hernán Silva, en Medicina Legal y Psiquiatría forense, sostiene que, habiendo justificación legal o deber moral, el secreto puede ser vulnerado; siendo su divulgación, legítima.

3. Compartido: es una variante del secreto relativo, utilizado por los franceses, y consiste en la transmisión, de un profesional a otro colega o auxiliar, de un hecho de su profesión, siempre que redunde en el beneficio terapéutico del paciente.

4. De conciencia: el médico debe divulgar la verdad. En cierto modo, la revelación queda supeditada a los dictados de la propia conciencia profesional.

5.2.5. Levantamiento del secreto profesional: la justa causa.

La revelación del secreto será inobjetable cuando exista un fin justificado y, en la medida en que, el interés perseguido fuera mayor a lo que se mantiene en reserva. Será, entonces, el profesional de la salud, quien ponderará cuándo existe “justa causa” y, protegiendo intereses superiores, revelará información por él conocida.

El derecho positivo argentino se ha inclinado por adoptar una forma de secreto médico calificado como intermedio, ecléctico o relativo, donde los profesionales médicos, mediante el estudio de cada caso en particular, asumen la responsabilidad de considerar válida o no la causa para no guardar sigilo. (Fiorentino, Hospital Ricardo Gutiérrez). La justa causa reconoce dos órdenes: a) legal: cuando su sustento se encuentra en la legislación (Códigos y Leyes) y b) moral: sustentada en el Juramento Hipocrático y en los Códigos de Ética Médica (Capítulo VII, art. 66 al 76).

El Código Deontológico señala que, con discreción, exclusivamente ante quien tenga que hacerlo y en sus justos y restringidos límites, el médico revelará el secreto cuando venga determinado por imperativos legales. Sin perjuicio de lo

antedicho, el profesional deberá tener presente, aún ante la Justicia, si sus declaraciones deben preservar ciertos datos o cuando, con su silencio, se diera lugar a un perjuicio al propio paciente u otras personas, o un peligro colectivo. Según Beauchamp y Childress (1999), si los riesgos del procedimiento (en este caso, revelar el secreto) son razonables respecto a los beneficios esperados, la acción es, moralmente, permitida.

Respecto al profesional Psicólogo, los Códigos de Ética, tanto el de la provincia de Buenos Aires como el nacional, contemplan la posibilidad que tiene dicho profesional de levantar el secreto profesional en aquellas situaciones que, a su arbitrio, sean riesgosas para el usuario o terceros.

Así lo refiere el Código de la provincia de Buenos Aires, en el inciso B) del artículo 12º: *“La información amparada por el secreto profesional sólo podrá ser transmitida para evitar un grave riesgo al que pueda estar expuesta la persona atendida o terceros; en todo caso, sólo se podrá entregar la información a las personas calificadas que, a juicio del profesional actuante, aparezca como estrictamente necesaria para cumplir el referido objetivo.*

Por su parte, el Código de Fe.P.R.A. destina el punto 2-8 a la consideración de lo que denomina *“Límites del secreto profesional”*. Concretamente establece:

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

2.8.1.1. Cuando así lo exija el bien del propio consultante debido a que éste, por causas de su estado, presumiblemente haya de 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.*

2.8.1.3. *Cuando el psicólogo deba defenderse de denuncias efectuadas por el consultante en ámbitos policiales, judiciales o profesionales.*

En todos los casos la información que comunique debe ser la estrictamente necesaria procurando que sea recibida por personas competentes y capaces de preservar la confidencialidad dentro de límites deseables.

Nogueira (2001) propone la diferenciación jurídica entre violación y ruptura del secreto profesional, para luego definir el concepto de justa causa. Entiende por violación, la revelación del secreto sin justa causa, siendo - de este modo - un atropello o intrusión, que constituye siempre un delito. Por lo contrario, ruptura hace referencia al levantamiento del secreto, cuando media una justa causa. Y, la justa causa es una forma particular de estado de necesidad que legitima la revelación de un secreto para evitar un mal mayor.

Desde el punto de vista jurídico, además de la Convención sobre los Derechos del Niño en sus derechos 7, 8 y 9, la Ley Federal 24.417, de "Protección contra la violencia familiar", obliga a denunciar; es decir que, releva del secreto profesional en aquellos casos en que menores, discapacitados o personas que no puedan valerse por sí mismas, se hallen en situación de riesgo (violencia física o psíquica, delitos contra la honestidad, que incluye los distintos tipos de abuso, etc.).

Nogueira (2001) también aclara que, cuando el delito o el riesgo existen pero son instancias privadas, es decir, que afectan la esfera íntima de los sujetos, el

Estado requiere – para que dicha acción se ejercite – una manifestación de voluntad del damnificado o de sus legítimos representantes.

De lo dicho, concluimos que – en todos los casos - debe prevalecer el derecho a la intimidad y, por lo tanto, el secreto profesional, pero también habrá que contemplar excepciones al mantenimiento de dicha normativa, siempre que medie la justa causa; siendo algunas de esas excepciones obligantes por ley y otras, no obligantes. (La regla es el secreto profesional y la excepción el deber de revelarlo por justa causa, dice Nogueira). Por lo tanto, la decisión del profesional de levantar el secreto con justa causa, implica una reflexión que involucra cuestiones éticas, deontológicas y legales. (Hermosilla, 2003). Esta autora refiere: *“...se entiende que nadie está obligado a denunciar si al mismo tiempo tiene el deber de mantener el secreto. Por lo que se puede deducir que no hay obligación de denunciar y sí deber de guardar secreto(...) ...cuando guardar un secreto puede ocasionar perjuicios gravísimos o irreversibles para la propia persona o para terceros, es obvio que la norma debe ceder en virtud de un principio superior cual es el derecho de la vida. De manera que aquí sostenemos que en esos excepcionales el secreto puede levantarse aún contra la voluntad del propio consultante.”*(pp. 11-12).

III. Estudio empírico:

1. Descripción resumida:

Estudio exploratorio respecto de la existencia o no de un proceso de construcción de una actitud ética en la formación de Psicólogos, en la Carrera de Licenciatura en Psicología, de la Facultad de Psicología de la UNMdP.

2. Objetivo general:

Indagar si existe un proceso de construcción de una actitud ética, frente al futuro ejercicio de su profesión, en alumnos de la Carrera de Psicología de la UNMdP.

3. Objetivos particulares:

- a) Evaluar la actitud de los alumnos, próximos a graduarse, respecto a una postura ética frente al ejercicio de su profesión.
- b) Evaluar el grado o nivel de conocimientos de dichos alumnos en lo que respecta a contenidos ético/deontológicos básicos, acordes a su profesión.

4. Instrumento.

Diseño:

La investigación presenta un diseño de tipo: a) Exploratorio, en tanto el objetivo es examinar un tema o problema relativamente estudiado y;

b) Descriptivo: porque busca especificar “Las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis” (Sampieri, 1991). Evalúa diversos componentes de un fenómeno.

Técnicas de recolección de datos:

a) Fuentes primarias: Para recoger la información se utilizó un instrumento diseñado para este estudio (ver Anexo), con el carácter de entrevista de opinión, siendo su modalidad autoadministrable y anónima.

El mismo está formado por tres secciones, a saber:

1- La primera sección concierne a los datos demográficos (sexo, edad, año de ingreso a la Carrera, número de materias cursadas, aprobadas y, materias que cursa en el momento de la consulta).

2- La segunda, consiste en un cuestionario de conocimiento sobre aspectos ético/deontológicos y legales en relación a la especificidad de la Carrera de Psicología.

El cuestionario se elaboró especialmente para esta investigación, considerando la formación que, un alumno de la Carrera de Licenciatura en Psicología, recibe en la UNMdP. Para la confección del mismo, se seleccionaron contenidos de fuentes bibliográficas pertinentes. A continuación, expondremos las justificaciones de cada uno de sus ítems:

1. “El secreto profesional es una prescripción que está incluida, tanto en nuestras leyes de ejercicio profesional, como así también, reglamentada en nuestros códigos de ética profesional” (En Hermosilla, Ana María. Consideraciones sobre el secreto profesional pág. 62 y Hermosilla A., Mala Praxis, pág. 17.)

2. “Los psicólogos tienen el deber de guardar secreto de todo conocimiento obtenido en el ejercicio de su profesión. Este deber hace a la esencia misma de la profesión, responde al bien común, protege la seguridad y honra de los consultantes y sus familias y es garantía de la respetabilidad del profesional; cualquiera sea el ámbito profesional de su desempeño”. (En: Hermosilla, Ana M. Mala Praxis... Pág. 10) Código FePRA (2, 2-1.)

3. “Cualquier investigación con seres humanos debe ser precedida por la información adecuada a cada voluntario y además, contar con el consentimiento voluntario y consciente del individuo”. (En: Cechetto, Sergio. (2001) Dimensiones

involucradas en la aplicación doctrinaria del consentimiento informado. Mar del Plata, Ediciones Suárez).

4. “La obligación de guardar secreto subsiste aún después de concluida la relación profesional. La muerte de los consultantes no exime a los psicólogos de su obligación frente a la confidencialidad”. (FePRA Cap. 2 Secreto Profesional 2-5).

5. ¿En qué casos considera que hay” justa causa” para levantar el secreto profesional? 2-8-1- “Los psicólogos podrán comunicar información obtenida a través de su ejercicio profesional sin incurrir en violación del secreto profesional:

2.8.1.1. Cuando así lo exija el bien del propio consultante, debido a que éste, por causas de su estado, presumiblemente haya de causarse 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.

2.8.1.3. Cuando el psicólogo deba defenderse de denuncias efectuadas por el consultante en ámbitos policiales, judiciales o profesionales” (FePRA Cap. 8. Límites del Secreto Profesional).

6. ¿Conoce alguna ley que obligue al profesional a denunciar? Y, 7. Frente al conocimiento por parte del profesional del maltrato de niños, ancianos o discapacitados, ¿debe denunciar? 6. y 7. Cf. Nogueira, Reynaldo. (2001). Ciclo de conferencias, Com. Científica. Colegio de Psicólogos, D XI.

El autor hace referencia al secreto profesional en sus aspectos legales, deontológicos y éticos. (Constitución Nacional: art. 19; Derecho Penal: derecho de Forma: art. 177 y derecho de Fondo: art. 156); Derecho Civil: art. 1071 bis; art. 1068 y 1078; art. 442 inc. 2.

“El secreto profesional aparece mencionado con diferentes alcances en las siguientes normativas y en sus distintos aspectos:

Aspectos legales: Ley 10306, art. 7 “c”: “los profesionales de la psicología están (...) obligados a (...) guardar secreto profesional”.

Aspectos deontológicos: Código de ética, art. 12. art. 3 inc. “d”. (Código de FePRA) art. 2; 2.8.

Aspectos éticos: art. 3 inc. “d”, A; aparece como principio ético general: “Respeto por los derechos y la dignidad de las personas (...)”

“Consideremos ahora más puntualmente qué dice la Ley, por ejemplo en relación a la minoridad, para conocer nuestras obligaciones además de la Convención sobre los Derechos del Niño, art. 7-8-9- (Tratado Internacional con jerarquía constitucional), la Ley Federal 24417 de “Protección contra la violencia familiar” obliga a denunciar (y por lo tanto releva del secreto profesional) frente a los riesgos a los que estén expuestos los menores; discapacitados; personas que no estén en situación de valerse por sí mismas; y que por consiguiente configuren una conducta delictiva (por ej. violencia física o psiquiátrica; lesiones leves; delitos contra la honestidad, que incluye todos los casos de abuso sexual) (págs. 1-2-3-4 y 5.).

8. “El consentimiento informado es considerado el paradigma básico del principio de autonomía. Es un derecho humano primario, y a la vez, una exigencia ética y legal para el profesional”. (Zanatta, A. El consentimiento informado en la práctica profesional de los psicólogos.)

9. ¿Conoce alguna ley que proteja a las personas que participen en investigaciones científicas o que le obligue a dar información a los sujetos que serían expuestos a prácticas médicas determinadas? “A este respecto merecen destacarse especialmente, la Ley 11.044 de la Provincia de Buenos Aires de protección a las

personas que participan en investigaciones científicas”. (Cechetto, S. Op. Cit. Pp-58).

3. La tercera, es una escala tipo Lickert, que tiene por objeto, analizar y evaluar la actitud de los alumnos respecto a su posicionamiento ético/crítico en el futuro ejercicio de su profesión.

Para la elaboración de la escala se seleccionó una serie de afirmaciones que expresaban una amplia gama de actitudes sobre el posicionamiento ético frente al ejercicio de la profesión del Psicólogo. Algunas afirmaciones estaban configuradas como reactivos favorables y otras, como reactivos desfavorables. Tanto las favorables como las desfavorables aparecieron de manera mezclada en el instrumento.

Para cada enunciado, cada encuestado debía marcar una de cinco alternativas posibles (completamente de acuerdo, parcialmente de acuerdo, indiferente, parcialmente en desacuerdo, completamente en desacuerdo) según su posicionamiento frente a la problemática.

Éstas son las justificaciones teóricas de cada una de las afirmaciones:

1. “Por otra parte, en tanto en su particularidad expresan un conjunto de contradicciones que corresponden a cada momento histórico, la práctica científica y profesional tienen siempre una implicación ética” (Kordon, Diana. (1995). Compromiso social y Posicionamiento Profesional. Sudamericana, Bs. As.
2. “En el campo como el de la Psicoterapia, es necesario un conjunto de principios que gobiernen las expectativas de los pacientes o clientes sobre los servicios que van a recibir. Se debe informar siempre al paciente de las posibles alternativas de un tratamiento”. (Bergen, M. La ética y la relación terapéutica. Derechos del paciente y

responsabilidades del terapeuta. En: *Ética y valores en Psicoterapia*. Compilador: Rosembaum, M.)

3. “Ahora bien la relación que el profesional ha de tener con este corpus no puede ser heterónoma, de sólo obediencia, sino que reclama de su parte un posicionamiento crítico, ético, en relación a la norma”. (Calo, O. La interacción del profesional con los Códigos o No tomar las cosas al pie de la letra”. Ponencia realizada en el XXVIII Congreso Interamericano de Psicología: “Hacia una psicología para el bienestar humano”. Sgo. De Chile, 29/07 al 3/08 de 2001, pág. 2).

4. “... la responsabilidad profesional, no es más que un capítulo de la responsabilidad civil, agravado en todo caso por el grado de competencia que adquiere quien logró un grado universitario a través del cual el estado lo autoriza a ejercer una profesión. Es por ello que la violación por parte del profesional de aquello que le fuera transmitido al amparo del secreto profesional y divulgado “sin justa causa” lo involucra tanto en relación a su responsabilidad civil como profesional”.(Hermosilla, A. Consideraciones sobre el secreto Profesional. En: Calo, O y Hermosilla, A. *Psicología, Ética y Profesión: Aportes deontológicos para la integración de los psicólogos del Mercosur*. Editorial UNMdP, 2000).

5. “El consentimiento es legítimo únicamente cuando es el resultado de un proceso de información adecuado”. (Zanatta, A. El consentimiento informado en la práctica profesional de los psicólogos. Facultad de Psicología, UNMdP, pág.3).

6. “Convendría hacer la distinción entre validez moral y validez jurídico-legal. En el ámbito sanitario, particularmente en Medicina, se tienden a equiparar estos dos niveles, sin embargo no son lo mismo. El documento firmado autorizando una intervención es “válido” en el sentido legal del término. Aunque no por ello debe ser

considerado “válido” moral o deontológicamente hablando”. (Zanatta, A. El consentimiento informado en la práctica profesional de los psicólogos, pág. 3).

7. “Para un buen desempeño del rol profesional hay que conocer las normas legales y deontológicas que rigen la profesión”. (Extraído de Losada, M. “Evaluación del cumplimiento de las incumbencias de los psicólogos en las Instituciones de Salud mental”).

8. “La doctrina del consentimiento informado apunta a incorporar al enfermo al proceso de toma de decisiones profesionales, no ya en el rol pasivo de paciente sino como agente de promoción de su propia salud”. (Cechetto, S. (2001). Dimensiones involucradas en la aplicación doctrinaria del consentimiento informado. Mar del Plata, Ediciones Suárez, pp. 82.)

9. “El inadecuado desempeño del rol profesional se vincula con el desconocimiento de las propias normativas”. (Extraída de: Losada, M. (2003). “Evaluación del cumplimiento de las incumbencias de los psicólogos en las Instituciones de Salud Mental”, UNMdP, Facultad de Psicología).

10. “Cualquiera sea el ámbito de su ejercicio profesional, todos los psicólogos están sujetos a las normas deontológicas por encima de las normativas institucionales”. (Extraída de Losada, M. (2003). “Evaluación del cumplimiento de las incumbencias de los psicólogos en las instituciones de Salud Mental”, UNMdP, Facultad de Psicología.)

b) Fuentes secundarias: consulta bibliográfica pertinente.

Muestra:

La muestra es no probabilística intencional y está compuesta por:

a) Estudiantes de 4º y 5º Año, de la Carrera de Licenciatura en Psicología de la Facultad de Psicología de la UNMdP.

b) Estudiantes de la misma Facultad que estén realizando sus Residencias de Pregrado en los distintos ámbitos.

Dicha muestra estuvo compuesta por 100 (cien) alumnos.

5- Descripción, interpretación y análisis de los datos.

5. 1. Análisis cuantitativo.

1. Datos demográficos:

La muestra de 100 estudiantes avanzados estuvo compuesta por 19 representantes del sexo masculino y 81, del sexo femenino; hallándose, 51 con edades hasta los 25 años, 37 con edades que oscilaron entre los 25 y los 30 años, 8 con edades que oscilaron entre los 30 y los 40 años y sólo 4, cuyas edades superaron los 40 años.

Respecto al año de ingreso a la Carrera se registraron los siguientes alumnos: uno de 1988, uno de 1990, uno de 1993, dos de 1995, cuatro de 1996, once de 1998, dieciséis de 1999, quince del año 2000, diecisiete del 2001, veinticuatro del 2002 y seis del 2003. De lo expuesto se desprende que no se registraron alumnos ingresantes en los años: 1989, 1991, 1992, 1994 y 1997.

En relación al nivel académico de los alumnos encuestados se obtuvieron los siguientes datos:

1. Materias cursadas: 60 alumnos manifestaron haber cursado 35 o más materias; 27, de 30 a 35; 12, de 25 a 30 y sólo un alumno, de 20 a 25.

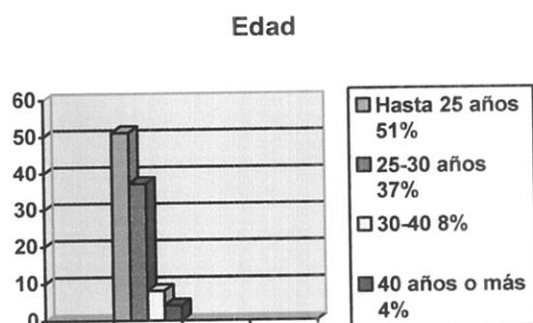
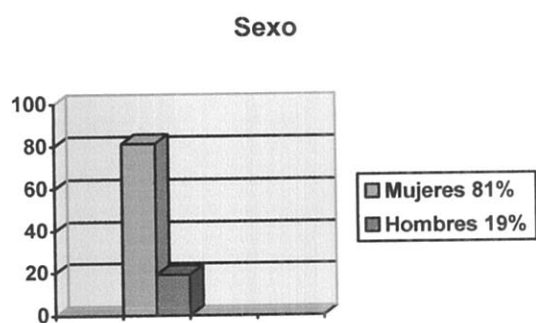
2. Materias aprobadas: 13 alumnos manifestaron haber aprobado 35 materias o más; 16, de 30 a 35 materias; 31, entre 25 y 30; 21, entre 20 a 25; 16, entre 15 a 20;

2, entre 10 a 15 materias y, un alumno expresó que no recordaba el número de materias que tenía aprobadas.

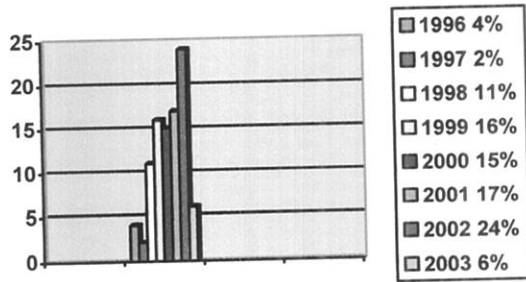
3. Materias que cursa actualmente, al momento de la encuesta: 68 alumnos respondieron que estaban cursando dos materias o más; 19, que sólo cursaban una materia y 13 alumnos, que no cursaban ninguna.

A continuación, detallamos los datos y porcentajes a través de los siguientes gráficos:

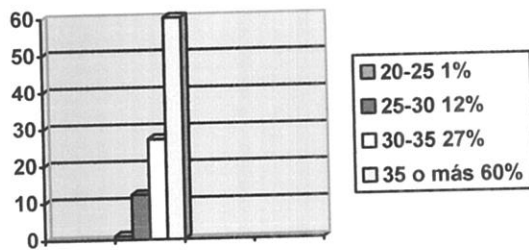
Frecuencia de las variables demográficas:



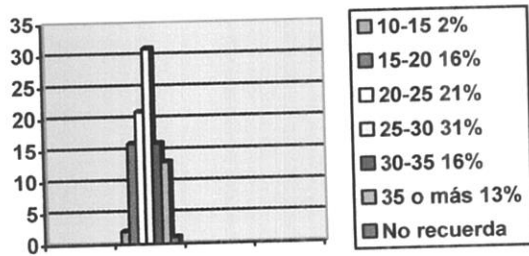
Año de ingreso



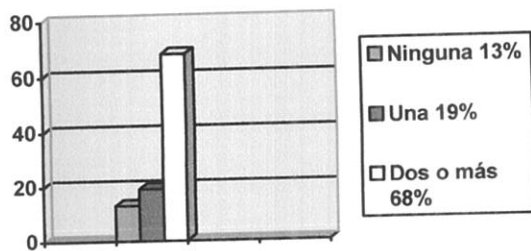
Materias cursadas



Materias aprobadas



Materias que cursa actualmente

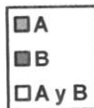
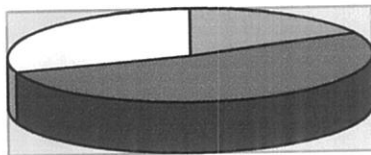


2. Cuestionario de conocimiento:

Para facilitar la interpretación de los datos confeccionamos una tabla de doble entrada (matriz de datos), en la que se volcaron todas las respuestas (correspondientes a las 9 preguntas del cuestionario) de los cien sujetos.

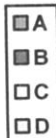
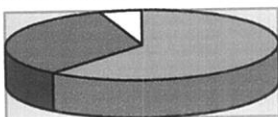
A posteriori, teniendo en cuenta la información de la tabla, analizamos cada una de las nueve preguntas para poder obtener sus respectivos porcentajes, tal como se observa en los siguientes gráficos:

1. El secreto profesional es una normativa que esta



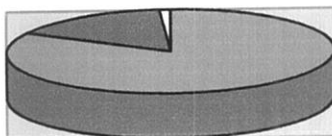
A- Incluida en las leyes del ejercicio profesional. (18%)
B- Reglamentada en los códigos de ética profesional. (52%)
A y B- (30%)

2. Los psicólogos tienen el deber guardar secreto de todo conocimiento obtenido en el ejercicio de su profesión, cualquiera sea el ámbito profesional de su desempeño.



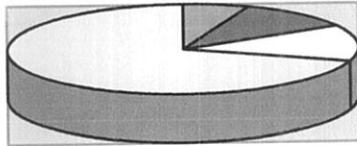
A- Siempre. (62%)
B- Frecuentemente. (34%)
C- Ocasionalmente. (5%)
D- Nunca. (0%)

3- Cualquier investigación con seres humanos debe ser precedida por la información adecuada a cada voluntario y además contar con el consentimiento voluntario y consciente del individuo.



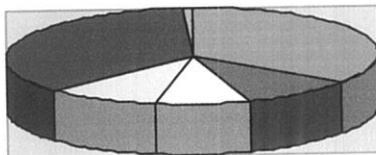
A- Siempre. (84%)
B- Frecuentemente. (16%)
C- Ocasionalmente. (1%)
D- Nunca. (0%)

4. La muerte de los consultantes exime a los psicólogos de su obligación frente a la confidencialidad.



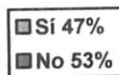
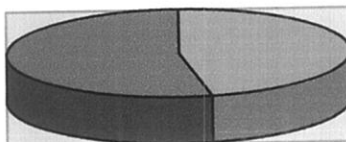
- A- Siempre. (6%)
- B- Frecuentemente. (11%)
- C- Ocasionalmente. (13%)
- D- Nunca. (70%)

5. ¿En que casos considera que hay "justa causa" para levantar el secreto profesional?

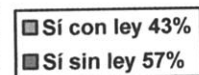
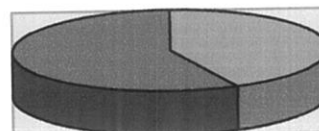


- A- Cuando hay riesgo de un tercero.
- B- Cuando se presume que el consultante podría realizar un delito
- C- Cuando el consultante comunica haber realizado un delito
- D- Cuando el profesional se siente amenazado.
- E- Cuando está en riesgo la vida del consultante.
- F- En ninguno de los casos mencionados.

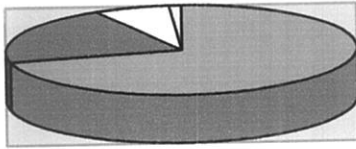
6. ¿Conoce alguna ley que obligue al profesional a denunciar?



En caso de contestar sí, ¿podría especificar dicha ley?



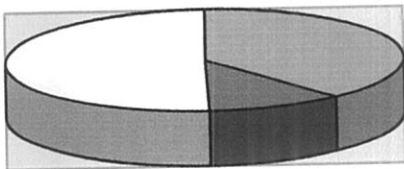
7. Frente al conocimiento por parte del profesional del maltrato de niños, ancianos o discapacitados, ¿debe denunciar?



- A
- B
- C
- D

- A- Siempre.
- B- Frecuentemente.
- C- Ocasionalmente
- D- Nunca.

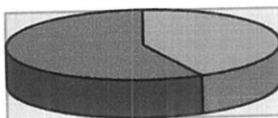
8. El consentimiento informado es:



- A
- B
- C

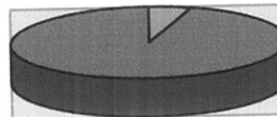
- A- El paradigma básico del principio de autonomía.
- B- Un derecho humano primario.
- C- Una exigencia ética y legal para el profesional.

9. ¿Conoce alguna ley que proteja a las personas que participen en investigaciones científicas o que le obligue a dar información a los sujetos que serían expuestos a prácticas médicas determinadas?



- Sí
- No

En caso de contestar sí, ¿podría especificar dicha ley?



- Sí con ley 5%
- Sí sin ley 95%

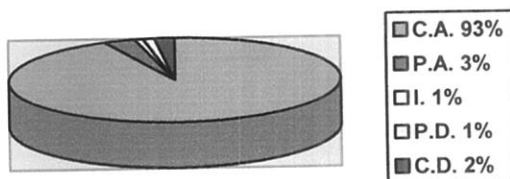
3. Escala de actitud:

Como técnica para el análisis de la escala se utilizó la *distribución de frecuencias*, es decir, se estableció el patrón que las diferentes dimensiones siguen en su comportamiento, en función del valor que adquieren a lo largo de la muestra (con qué frecuencia aparecen determinados valores). Es por ello que se seleccionaron gráficos de *distribución de frecuencias*, donde se informa acerca de

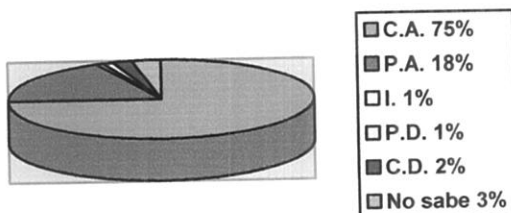
qué valores adquieren las diferentes dimensiones y en qué frecuencia de aparición. (Clegg, 19...).

Para poder analizar cuantitativamente los datos, se confeccionaron tablas individuales (matriz de datos) para cada una de las diez preguntas. Luego, a partir de los datos, segmentados por pregunta, se obtuvieron los porcentajes respectivos. Toda esta información se expone a continuación a través de los gráficos correspondientes:

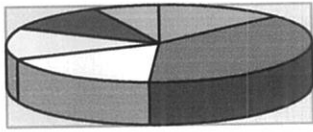
1. La práctica científica y profesional tiene una implicación ética.



2. Se debe informar siempre al paciente de las posibles alternativas de un tratamiento.

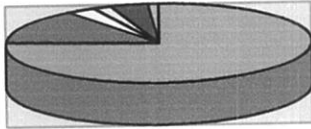


3. La relación que el profesional ha de tener con el Corpus deontológico que regula su práctica es básicamente, heterónoma.



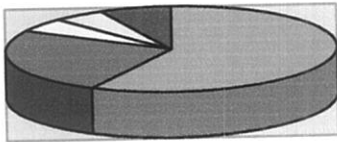
| | |
|-----------|-----|
| ■ C.A. | 14% |
| ■ P.A. | 37% |
| □ I. | 18% |
| □ P.D. | 13% |
| ■ C.D. | 11% |
| □ No sabe | 7% |

4. La violación por parte del profesional de aquello que le fuera transmitido al amparo del secreto profesional y divulgado sin “justa causa” lo involucra tanto en relación a su responsabilidad civil como moral.



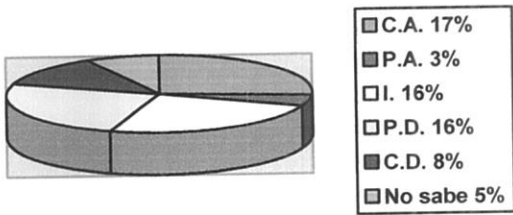
| | |
|-----------|-----|
| ■ C.A. | 76% |
| ■ P.A. | 14% |
| □ I. | 3% |
| □ P.D. | 2% |
| ■ C.D. | 4% |
| □ No sabe | 1% |

5. El consentimiento es legítimo únicamente cuando es el resultado de un proceso de información adecuado.

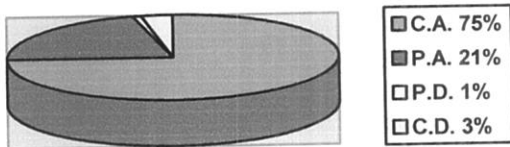


| | |
|--------|-----|
| ■ C.A. | 58% |
| ■ P.A. | 25% |
| □ I. | 5% |
| □ P.D. | 5% |
| ■ C.D. | 7% |

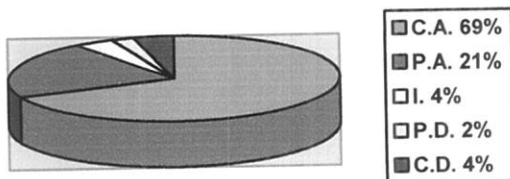
6. La validez moral y la validez jurídico-legal son niveles equiparables en las prácticas llevadas a cabo en el ámbito sanitario.



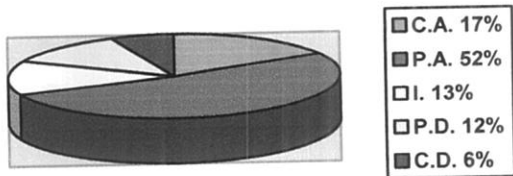
7. Para un buen desempeño del rol profesional hay que conocer las normas legales y deontológicas que rigen la profesión.



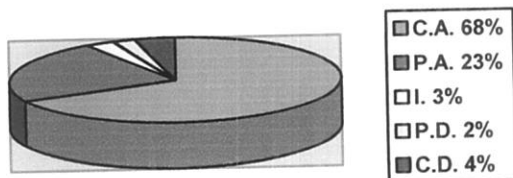
8. La doctrina del consentimiento informado apunta a incorporar al enfermo al proceso de toma de decisiones profesionales como agente de promoción de su propia salud.



9. El inadecuado desempeño del rol profesional se vincula con el desconocimiento de las propias normativas.



10. Cualquiera sea el ámbito de su ejercicio profesional todos los psicólogos están sujetos a las normas deontológicas por encima de las normativas institucionales.



5.2. Interpretación de los resultados en relación a las consideraciones teóricas.

Questionario de conocimiento:

A continuación comentaremos, brevemente, el contenido de las nueve respuestas de esta sección.

Pregunta 1: sólo un 30% de los encuestados reconoció como válidas las opciones a) y b), ya que el secreto profesional es una normativa que está incluida en las leyes de ejercicio profesional y, además, está reglamentada en los Códigos de Ética profesional. Un 52% reconoce que está reglamentada en los Códigos de Ética profesional y sólo un 18% la considera incluida en las leyes del ejercicio profesional.

Pregunta 2: un 61% de los encuestados consideró que los psicólogos tienen el deber de guardar el secreto de todo conocimiento obtenido en el ejercicio de su profesión, cualquiera sea el ámbito de su desempeño, tal como lo expresa el Código

de Fe.P.R.A. Un 34% respondió que debía hacerlo frecuentemente y, un 5%, ocasionalmente; nadie respondió nunca. De lo expuesto se deduce que un 39% de los encuestados no tiene en claro el alcance del secreto profesional.

Pregunta 3: un 81% de los encuestados consideró la opción válida, que indica que, cualquier investigación con seres humanos debe ser precedida por la información adecuada a cada voluntario y, además, contar con el consentimiento voluntario y conciente del individuo. Un 16% contestó, frecuentemente y, un 1%, en ocasiones. No hubo respuestas por la opción nunca.

Pregunta 4: un 70% de los encuestados respondió correctamente ya que, según lo establece el Código de Fe.P.R.A. “la muerte de los consultantes no exime a los psicólogos de su obligación frente a la confidencialidad”. El resto dio las siguientes respuestas: 6% respondió, siempre; 11%, frecuentemente y 13%, ocasionalmente. Nuevamente, al igual que en la pregunta 2, no se observa claridad en la consideración de esta normativa en un 30%.

Pregunta 5: respecto a cuándo considera que hay “justa causa” para levantar el secreto profesional, un 30% respondió, cuando hay riesgo de un tercero; 8% cuando el consultante comunica haber realizado un delito; 10%, cuando el profesional se siente amenazado, y, 30%, cuando está en riesgo la vida del consultante. Es llamativo que un 10% respondió que debe levantarse el secreto cuando se presume que el consultante podría realizar un delito (2% más que los que respondieron con la opción c: comunicación de un delito), lo cual no implica una seguridad ya que, presumir significa sospechar y la sospecha no es un sostén de asidero de una justa causa.

Pregunta 6: respecto a si existe o no, una ley que obligue al profesional a denunciar, un 53% de los encuestados respondió que no y un 47%, que sí. De éstos

últimos 43% puso de manifiesto el conocimiento de la ley y un 57%, reconoció no recordarla.

Pregunta 7: en relación a la postura que se debe tomar frente al conocimiento, por parte del profesional, del maltrato de niños, ancianos o discapacitados, un 71% respondió que se debe denunciar siempre; un 21%, frecuentemente; un 7%, ocasionalmente y un 1%, nunca; lo cual indica que. Un 29% desconoce la legislación que obliga a denunciar en estos casos.

Pregunta 8: en esta pregunta lo esperable era que los encuestados marcaran las tres opciones. Sin embargo, los resultados fueron: un 39% consideró que el consentimiento informado es el paradigma básico del principio de autonomía; un 50%, una exigencia ética y legal para el profesional y sólo un 11% lo reconoció como un derecho humano primario.

Pregunta 9: la ley 11.044 de la Provincia de Buenos Aires protege a las personas que participan en investigaciones científicas. Frente a la pregunta por el conocimiento de alguna ley que proteja a los individuos que participan en investigaciones científicas, un 53% manifestó desconocimiento y un 47%, aseveró conocerla; pero, de éstos últimos, sólo un 5% especificó la ley.

Esta sección del instrumento no ofreció dificultades a los encuestados. De todas formas queremos destacar que, si bien en la consigna se aclara que los encuestados podían optar por una o más respuestas, hubo casos en los que los sujetos optaron por respuestas incompatibles entre sí. (Igualmente se consideraron para sus respectivos porcentajes). Hallamos concretamente cuatro casos:

Pregunta 2: - Sujeto 8: responde a) y b) (Siempre y frecuentemente).

- Sujeto 22: responde b) y c) (Frecuentemente y ocasionalmente).

Pregunta 3: - Sujeto 53: responde a) y b) (Siempre y frecuentemente).

Pregunta 7: - Sujeto 85: responde a) y b) (Siempre y frecuentemente).

Escala de actitud:

Al igual que con la sección anterior, analizaremos aquí el contenido de las nueve afirmaciones de la escala:

Afirmación 1: en general se advierte una conciencia ética en los encuestados ya que, un 93% estuvo completamente de acuerdo en que la práctica científica y profesional tiene una implicación ética, tal como se plantea en la literatura vigente considerada en este trabajo. El resto contestó así: un 3% de los encuestados respondió parcialmente de acuerdo; un 1%, indiferente; un 1%, parcialmente en desacuerdo y un 2%, completamente en desacuerdo.

Afirmación 2: respecto a si se debe informar siempre al paciente de las posibles alternativas de un tratamiento, un 75% de los encuestados respondió estar completamente de acuerdo; un 18%, parcialmente de acuerdo; un 1%, indiferente; un 1%, parcialmente en desacuerdo; un 2%, completamente en desacuerdo y un 3% no contestó por no saber qué responder.

Esta afirmación presenta un crisol de respuestas y, si bien un elevado porcentaje de encuestados manifestó estar completamente de acuerdo, es llamativo que un 25% se distribuye entre las demás opciones y, más aún, que haya un 3% que no contestó por desconocimiento; esto impide que este último grupo tome un posicionamiento ético al respecto.



Afirmación 3: esta afirmación, en general, desestabilizó a los encuestados y, muchos de ellos, con diferentes actitudes (asombro, enojo, desconocimiento) plantearon que no podían contestar si no sabían el significado de la palabra heterónimo. La única indicación que se les proporcionó fue que era el antónimo (opuesto) de autónomo, ya que consideramos que, si dábamos una explicación mayor los induciríamos a elegir una opción por respuesta. Además, también es cierto que, un alumno avanzado debe tener una determinada competencia – en el sentido chomskyano – y dicha competencia es la que le posibilita su performance y, por lo tanto, la que define su opción.

Los resultados obtenidos dan muestra del desconcierto aludido. Así, un 14% expresó estar completamente de acuerdo; un 37%, parcialmente de acuerdo; un 18%, indiferente; un 13%, parcialmente en desacuerdo y sólo un 11%, completamente en desacuerdo. Asimismo, un 7% no respondió por no saber la respuesta.

Si analizamos los datos observaremos que un 89% de los encuestados no tiene en claro que la relación que el profesional debe tener con la normativa no puede ser heterónoma, de sola obediencia, sino que reclama de su parte un posicionamiento ético y crítico en relación con ella.

Afirmación 4: respecto a la responsabilidad del profesional ante el levantamiento del secreto, un 76% de los encuestados planteó estar completamente de acuerdo con que, dicho acto, implica tanto la responsabilidad civil como profesional; un 14%, parcialmente de acuerdo; un 3%, indiferente; un 2%, parcialmente en desacuerdo y, 4%, completamente en desacuerdo. También un 1% manifestó no saber. De lo expuesto se deduce que un 24% no considera que, en este caso expuesto, está involucrada tanto su responsabilidad civil como profesional.

Afirmación 5: la información que se le brinda a un sujeto es fundamental para la obtención del consentimiento informado; de allí, que éste es legítimo cuando es el resultado de un proceso adecuado de información. Los resultados no lo manifestaron ya que, sólo un 58% de los encuestados estuvo completamente de acuerdo; un 25%, parcialmente de acuerdo, un 5%, indiferente; un 5%, parcialmente en desacuerdo y un 7%, completamente en desacuerdo. De esto se desprende que, un elevado porcentaje, concretamente un 42%, no registró la importancia de la información para el cumplimiento del consentimiento informado.

Afirmación 6: esta afirmación, en general, provocó incertidumbre porque, nuevamente se evidenció falta de conocimiento y de seguridad frente a la misma; de hecho, se advierte una dispersión en las respuestas. Así, los resultados fueron: completamente de acuerdo; 17%; parcialmente de acuerdo: 38%; indiferente: 16%; parcialmente en desacuerdo: 16%; completamente en desacuerdo: 8%; y un 5% estuvo representado por los que prefirieron no contestar, manifestando desconocimiento.

De lo expuesto se deduce que sólo un 8% considera que la validez moral y la validez legal no son niveles equiparables en el ámbito sanitario y, de este modo, puede distinguirlos como diferentes.

Afirmación 7: la mayoría de los encuestados estuvo completamente de acuerdo en que es necesario conocer las normas legales y deontológicas que rigen la profesión para un buen desempeño del rol profesional. Sin embargo se observan grandes diferencias en la afirmación de testeo que afirma lo contrario (afirmación 9: el inadecuado desempeño del rol profesional se vincula con el desconocimiento de las propias normativas).

Los resultados fueron: completamente de acuerdo: 75%; parcialmente de acuerdo: 21%; parcialmente en desacuerdo: 1% y completamente en desacuerdo: 3%. No se registraron respuestas con la opción indiferente y tampoco hubo sin contestar.

Afirmación 8: reforzando la consideración ya expuesta en la pregunta 8 del cuestionario de conocimiento, respecto del consentimiento informado como el paradigma básico del principio de autonomía, esta afirmación acentúa el hecho de que el consentimiento informado apunta a incorporar al enfermo al proceso de toma de decisiones profesionales, como agente de promoción de su propia salud. Al respecto, un 69% de los encuestados estuvo completamente de acuerdo; un 21%, parcialmente de acuerdo; un 4%, indiferente; un 2%, parcialmente en desacuerdo y un 4%, completamente en desacuerdo.

Afirmación 9: esta afirmación manifiesta grandes diferencias en sus resultados con la afirmación 7 (prácticamente opuestos), ya que aquí se plantea que el inadecuado desempeño del rol profesional se vincula con el desconocimiento de las propias normativas. Los resultados fueron: un 17% estuvo completamente de acuerdo; un 52%, parcialmente de acuerdo; un 13%, indiferente; un 12%, parcialmente en desacuerdo; y un 6%, completamente en desacuerdo.

Afirmación 10: en esta afirmación, un 68% de los encuestados estuvo completamente de acuerdo en que, cualquiera sea el ámbito de su ejercicio profesional, todos los psicólogos están sujetos a las normas deontológicas por encima de las normativas institucionales. El resto contestó de la siguiente forma: 23%, parcialmente de acuerdo; 3%, indiferente; 2%, parcialmente en desacuerdo y 4%, completamente en desacuerdo.

Finalmente, analizando los porcentajes individuales de cada una de las respuestas del cuestionario de conocimiento y de las afirmaciones de la escala de actitud se pueden establecer las puntuaciones medias obtenidas en cada una de las secciones del instrumento. De esta manera, en el cuestionario de conocimiento se alcanzó una media de 59,77% de respuestas acertadas; y, en la escala de actitud la media fue de 55% de respuestas correctas.

V. Conclusiones y propuestas.

En primer lugar, queremos recordar que el presente trabajo ha tenido como finalidad indagar si existe un proceso de construcción de una actitud ética, frente al futuro ejercicio de la profesión, en alumnos avanzados de la Carrera de Psicología de la UNMdP. Para lograrlo, nos propusimos evaluar la actitud de los alumnos, próximos a graduarse, respecto a una postura ética frente al futuro ejercicio de la profesión, como así también, el grado o nivel de conocimiento de dichos alumnos en lo que atañe a contenidos ético/deontológicos básicos, acordes a su profesión.

Si bien el trabajo es de tipo exploratorio-descriptivo y, por consiguiente, no se cree pertinente la formulación de hipótesis, podríamos considerar que, al formular el anteproyecto de este trabajo de investigación, hipotetizamos la posible existencia de un déficit en la formación académica, en lo que respecta a la “apropiación” de ciertos contenidos – como consecuencia de su limitación a una sola asignatura de la carrera (Deontología de la Psicología) – que posibiliten, a posteriori, la construcción de un perfil de graduado en el que converja lo conceptual, la reflexión ética/axiológica pertinentes y, consiguientemente, una postura crítica a la hora de tomar decisiones en las situaciones concretas de la práctica profesional e investigativa.

Desde el punto de vista teórico, el contacto con la literatura vigente, nos ha servido para profundizar conceptos vistos en la Carrera (concretamente en la materia anteriormente aludida) y para comprobar que, el porcentaje de trabajos procedentes de las filas de la Psicología es mucho menor, comparado con los que se efectúan desde otras disciplinas, principalmente desde el Derecho y la Medicina.

Por otra parte, el trabajo empírico realizado nos permite arribar a las siguientes conclusiones:

En general, la mayoría de los encuestados reconoce que toda práctica profesional y científica tiene siempre una implicación ética, lo cual da cuentas de su conciencia ética frente a su futuro ejercicio, en la sociedad. Igualmente, se advierte que, frente a consignas (preguntas y/o afirmaciones) amplias hay una respuesta adecuada por parte de los encuestados. De hecho, tal como hemos podido establecer cuantitativamente, la media de los porcentajes de respuestas correctas en el cuestionario de conocimiento es de 59,77% y, la de la escala de actitud es de 55%. Las confusiones e inseguridades que se evidencian en las respuestas se producen cuando hay una mayor profundización de las dimensiones teóricas consideradas o cuando se requiere, por parte de los encuestados, una mayor reflexión crítica sobre lo propuesto.

A continuación, señalaremos, estas falencias halladas en casi el 50% de los encuestados, si consideramos que las mismas se perciben en un 40,23% en el cuestionario de conocimiento y, en un 45% en la escala de actitud:

- a) Se observa un déficit en lo que respecta a terminología básica (que los alumnos avanzados deberían manejar sin dudas ni confusiones). El pasaje por las distintas materias de la Carrera no ha posibilitado el afianzamiento de ciertos conceptos básicos.
- b) A partir de las actitudes manifestadas frente al instrumento y de las respuestas plasmadas en los mismos, se advierte un encasillamiento de ciertos términos éticos, axiológicos, deontológicos, en una sola materia, a saber, Deontología de la Psicología; sin dimensionar con claridad que dichos conceptos no se circunscriben a una sola asignatura de la currícula, sino que atañen a la formación de grado y al posterior accionar en el ejercicio profesional e investigativo. (Esto lo manifestamos porque, muchos alumnos encuestados frente al instrumento, expresaban entre otras

cosas: “Yo de Deonto no me acuerdo nada”; “Hace mucho que cursé Deonto!”; “Esto parece un examen de Deonto!”).

c) En muchas oportunidades se observa, a partir de los porcentajes obtenidos, que hay un distanciamiento entre la teoría, la praxis y la reflexión ética/axiológica/deontológica, como si fueran compartimentos estancos.

d) Un alto porcentaje de respuestas da cuenta de que los alumnos se guían, muchas veces, más por la intuición y por el sentido común que por la formación recibida. (Esto no es en desmedro de ambos factores, sino que deberían guiarse también por los aspectos teóricos, logrando una homogeneización de sentido común, intuición necesaria y contenidos; de lo contrario, la ciencia Psicológica quedaría reducida a la improvisación).

e) En muchas oportunidades se advierte dispersión en las respuestas, lo cual indica inseguridad y falta de afianzamiento; justamente en preguntas y/o afirmaciones del instrumento que versan sobre las dimensiones teóricas consideradas en este trabajo, por ser indispensables en el ejercicio profesional.

f) También se observa confusión y falta de discriminación entre los niveles jurídico - legal y moral en el ámbito sanitario; como así también, incoherencia en las respuestas respecto a si hay o no correlación positiva entre el buen desempeño de la profesión y el conocimiento de las normas deontológicas y legales que rigen a la misma. De hecho, también se comprueba, en muchos casos, desconocimiento de la legislación que enmarca el ejercicio de la profesión.

g) Por lo dicho, se advierte que, si bien los futuros egresados manifiestan poseer ciertos conocimientos relacionados con la conformación de una postura ética/crítica frente al ejercicio futuro de su profesión, dichos conocimientos no se hallan

totalmente afianzados, en casi la mitad de los encuestados (entre un 40 y un 45% de la muestra) de modo de sostener la mencionada postura.

Para aclarar estos conceptos nos remitiremos a los posibles niveles de lectura que pueden ejecutarse. En un primer nivel, hallamos un a lectura placentera, que es aquella ingenua, libre de teorizaciones; en un segundo nivel, una lectura informativa, aquella que se limita a llenar “huecos” de conocimiento; en un tercer nivel, una lectura comprensiva, la que va más allá de la cognición y que apunta a otorgar significaciones que engloban lo emocional y lo volitivo y, finalmente, la lectura crítica, que es aquella que busca el desarrollo de juicios valorativos y críticos; es decir, la que le permite al sujeto lector tomar una posición frente al texto.

Análogamente a los niveles de lectura, consideramos que algunos de los alumnos se encuentran en el segundo nivel y otros, en el tercero (40 – 45% aludido); es decir que han superado el nivel ingenuo, en la medida que observan la realidad con algún marco teórico, pero no han accedido aún al cuarto nivel, es decir, al nivel crítico. En este último nivel se ubica el resto de la muestra, el cual ha respondido desde una postura más crítica frente al instrumento propuesto. (55 – 60%).

En función de los resultados obtenidos y de las conclusiones formuladas y, retomando consideraciones expresadas en el desarrollo de este trabajo, pensamos que la Universidad y, concretamente la Facultad de Psicología de la UNMdP, debe contribuir a que los futuros profesionales desarrollen una visión y un sentido ético, que permita guiar sus prácticas y reflejar, en sus acciones, un conjunto de valores. De este modo, los conocimientos y habilidades deben estar mediados por una matriz ética. (Martinez Buscarais y Esteban, 2002).

También será necesario que se produzca el afianzamiento de los contenidos en los alumnos ya que, sin esta operación, será muy difícil y prácticamente

imposible, que puedan adquirir una competencia plena para el ejercicio de la profesión en el futuro, como así también que puedan ascender de un nivel informativo/comprendido a un nivel crítico, habilitante para la asunción de una postura ética en las situaciones dilemáticas en las que se enfrenten. Tal como afirman Lindsay (1996) y Patterson (2000) el buen desempeño, en cualquier ámbito de la Psicología, descansará básicamente sobre dos pilares: el grado de conocimiento técnico instrumental adquirido y la posición ética desde donde dicho conocimiento sería instrumentado.

Somos concientes de que la ética es una parte estimable en la formación de los futuros científicos y profesionales, tal como lo estipula la Ley de Educación Superior en Argentina (Nación Argentina, 1995). Según la legislación mencionada, la transmisión de la ética no debería circunscribirse solamente a una asignatura o curso específico, por lo cual, plantea la conveniencia de generar instancias de formación transversales.

Con este mismo espíritu y tal como lo habíamos planteado en el anteproyecto de este trabajo, creemos que esta investigación podría realizar un posible aporte, considerando el momento histórico que estamos viviendo en el que se tiene en consideración la revisión de la currícula vigente en la Carrera de Licenciatura de Psicología en la Facultad de Psicología de la UNMdP, en relación al debate referido a si la dimensión ético-deontológica debería tener un sentido transversal que permeara toda la currícula (que es nuestra postura), como así también a los problemas concretos de la práctica psicológica, contribuyendo a la construcción de una actitud ética en el ejercicio de la profesión; construcción de la cual cada graduado deberá apropiarse.

ANEXO



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

**INSTRUMENTO SOBRE LA ACTITUD DEL FUTURO EGRESADO DE LA
CARRERA DE LIC. EN PSICOLOGÍA EN RELACIÓN A SU ROL PROFESIONAL.**

El presente instrumento tiene por objeto recoger información para llevar a cabo una investigación (en la formación de grado) respecto a si existe una construcción - a lo largo de la formación de Psicólogos en la UNMdP - de una actitud ética frente al futuro accionar como profesional en dicha disciplina.

Para la consecución de dicho objetivo requerimos de su colaboración en el convencimiento de que su opinión será de gran valor para este estudio, solicitándole por favor tener en consideración que la eficacia del cuestionario se basa en que sus contestaciones a las cuestiones planteadas sean veraces y espontáneas.

Los datos serán recogidos en forma anónima y sólo serán usados con los fines enunciados.

a) Por favor complete los siguientes datos

1 Sexo

Masculino.....

Femenino.....

2- Edad

Hasta 25 años.....

25 a 30 años.....

30 a 40 años.....

40 años o más.....

3- Año de ingreso a la carrera de psicología

.....

4- Número e materias cursadas hasta el momento

.....

5- Número de materias aprobadas hasta el momento

.....

6- Materias que cursa actualmente

.....

b) A continuación se presenta una serie de preguntas respecto a conceptos ético-deontológicos-axiológicos pertinentes al ejercicio de la profesión. Por favor señale la respuesta que considere más adecuada/s:

1- El secreto profesional es una prescripción que está:

a) Incluida en las leyes del ejercicio profesional.

b) Reglamentada en los códigos de ética profesional.

2- Los psicólogos tienen el deber de guardar secreto de todo conocimiento obtenido en el ejercicio de su profesión, cualquiera sea el ámbito profesional de su desempeño.

- a) Siempre.
- b) Frecuentemente.
- c) Ocasionalmente.
- d) Nunca.

3- Cualquier investigación con seres humanos debe ser precedida por la información adecuada a cada voluntario y además contar con el consentimiento voluntario y consciente del individuo:

- a) Siempre.
- b) Frecuentemente.
- c) Ocasionalmente.
- d) Nunca.

4- La muerte de los consultantes exime a los psicólogos de su obligación frente a la confidencialidad.

- a) Siempre.
- b) Frecuentemente.
- c) Ocasionalmente.
- d) Nunca.

5- ¿En qué casos considera que hay "justa causa" para levantar el secreto profesional?

- a) Cuando hay riesgo de un tercero.
- b) Cuando se presume que el consultante podría realizar un delito.
- c) Cuando el consultante comunica haber realizado un delito.
- d) Cuando el profesional se siente amenazado.
- e) Cuando está en riesgo la vida del consultante.
- f) En ninguno de los casos mencionados.

6- ¿Conoce alguna ley que obligue al profesional a denunciar?

- a) Sí.
- b) No.

En caso de contestar a), podría especificar dicha ley:

.....

7- ¿Frente al conocimiento por parte del profesional del maltrato de niños, anciano o discapacitados, debe denunciar?

- a) Siempre.
- b) Frecuentemente.
- c) Ocasionalmente.
- d) Nunca.

8- El consentimiento informado es:

- a) El paradigma básico del principio de autonomía.
- b) Un derecho humano primario.
- c) Una exigencia ética y legal para el profesional.

9- ¿Conoce alguna ley que proteja a las personas que participen en investigaciones científicas o que le obligue a dar información a los sujetos que serían expuestos a prácticas médicas determinadas?

- a) Sí.
- b) No.

En caso de contestar a), podría especificar dicha ley:

.....

c) A continuación se presentarán afirmaciones referidas a aspectos ético-deontológicos-axiológicos. Por favor indique su opinión al respecto considerando en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con lo expresado. Para contestar rodee con un círculo el número de la escala (1, 2, 3, 4, 5) que mejor refleje su opinión teniendo en cuenta lo siguiente:

- Completamente de acuerdo.....1
- Parcialmente de acuerdo.....2
- Indiferente.....3
- Parcialmente en desacuerdo.....4
- Completamente en desacuerdo.....5

| | |
|--|----------------------|
| 1- La práctica científica y profesional tienen una implicación ética | 1...2...3...4...5... |
| 2- Se debe informar siempre al paciente de las posibles alternativas de un tratamiento. | 1...2...3...4...5... |
| 3- La relación que el profesional ha de tener con el Corpus deontológico que regula su práctica es, básicamente, heterónoma. | 1...2...3...4...5... |
| 4- La violación por parte del profesional de aquello que le fuera transmitido al amparo del secreto profesional y divulgado sin "justa causa", lo involucra tanto en relación a su responsabilidad civil como profesional. | 1...2...3...4...5... |
| 5- El consentimiento es legítimo únicamente cuando es el resultado de un proceso de información adecuado. | 1...2...3...4...5... |
| 6- La validez moral y la validez jurídico-legal son niveles equiparables en las prácticas llevadas a cabo en el ámbito sanitario. | 1...2...3...4...5... |
| 7- Para un buen desempeño del rol profesional hay que conocer las normas legales y deontológicas que rigen la profesión. | 1...2...3...4...5... |
| 8- La doctrina del consentimiento informado apunta a incorporar al enfermo al proceso de toma de decisiones profesionales como agente de promoción de su propia salud. | 1...2...3...4...5... |
| 9- El inadecuado desempeño del rol profesional se vincula con el desconocimiento de las propias normativas. | 1...2...3...4...5... |
| 10- Cualquiera sea el ámbito de su ejercicio profesional, todos los psicólogos están sujetos a las normas deontológicas por encima de las normativas institucionales. | 1...2...3...4...5... |

Le agradecemos la colaboración prestada y si lo desea puede, en este espacio, ampliar comentarios acerca de algún ítem de la encuesta.

.....

.....

.....

.....

.....

Muchas gracias.

Bibliografía de referencia:

- Achával, A. (sin fecha). Manual de Medicina legal. Práctica forense. Ed. Abeledo Perrot.
- Appelbaum y Gutheil, T. G. (1991). Clinical Handbook of Psychiatry and Law. Williams y Wilkins. Baltimore.
- Ardila, R. (1978). La profesión del psicólogo. Méjico: Ed. Trillas. Capítulos 2 y 22.
- Ataz López. Los médicos y la responsabilidad civil. Editorial Montecorvo, España.
- Barcia, D. (1988). Confidencialidad y consentimiento informado en Psiquiatría. You & Us. Madrid.
- Basile, Alejandro. (1999). Fundamentos de Medicina Legal y Deontología y Bioética. Cap. 2: Los derechos de los médicos. Ed. Ateneo, 3ª Edición.
- Beauchamp, L. y McCullough, L. (1987). Ética Médica. Editorial Labor.
- Beauchamp y Childress (1999). Principies of Biomedical Ethics. New York, Oxford University Press.
- Blank, A. y Rodríguez, E. (2004). Derechos humanos y consentimiento informado en las investigaciones biomédicas en Colombia. Facultad de Salud. Universidad del Valle, Calí.
- Boladeras, Cucurella, Margarita. (2000). Bioética y calidad de vida. Bogotá DC. Ediciones El Bosque.
- Brown, F. (1985). Ética de la Evaluación psicodiagnóstica. En: Rosembaum, Op. Cit.
- Bueres, Alberto. (1992). Responsabilidad civil de los médicos. Tomo I. Editorial Hammurabi, Bs. As. Pp. 201 y ss.
- Calo, O. (2000). "La investigación científica en los códigos deontológicos de los psicólogos argentinos". En: Calo, O, y Hermsilla, A. Psicología, Ética y Profesión: Aportes deontológicos para la integración de los psicólogos del Mercosur, Editorial UNMdP.
- Calo, O. y Hermsilla, A. (2000). Psicología, Ética y Profesión: "Aportes deontológicos para la integración de los psicólogos del Mercosur". Editorial UNMdP.
- Carrasco, J. J. (1998). Responsabilidad médica y Psiquiatría. Madrid: Códex, 2ª Edición.
- Ceccheto, S. (2001). Dimensiones involucradas en la aplicación doctrinaria del consentimiento informado. Ed. Suárez, Mar del Plata, pp. 61-90.

- Clegg, F. (19...). Estadística Fácil. Ciudad: Crítica Grupo Editorial Grijalbo.
- Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina. (FePRA).
- Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires.
- Colodrón. A. (1992). "En torno al marco legal de la Psiquiatría". En: Psiquiatría (1992). De Espino Granado, JA y colaboradores SANED (Editores). Madrid.
- Cortina, Adela. (1986). Ética mínima. Madrid.
- Cortina, A. (1993). "Moral dialógica y educación democrática". En: Ética aplicada y democracia radical. Madrid: Tecnos.
- Cortina, A. (1997). Ciudadanos del mundo. Hacia una teoría de la ciudadanía. Madrid: Alianza Editorial.
- De Lorenzo y Montero. (1997). El Consentimiento Informado en Cirugía Ortopédica y Traumatología. Madrid: Editores Médicos.
- De Zan, J. (2002). Panorama de la Ética continental contemporánea. Madrid: Akal. Cap. 2.
- Di Doménico, Cristina y Vilanova, Alberto (1999). La formación de Psicólogo en el Mercosur. Facultad de Psicología. UNMdP. Editor UMNdP.
- Diez, Pedro (1999). Psicología, Universidad y Política en Argentina 1950 - 1990. Facultad de Psicología. UNMdP. Editor UNMdP.
- Fariña, J (1995) Ética Profesional. Editorial UBA, Buenos Aires.
- Fariña, Juan (1992). Ética Profesional. Dossier Bibliográfico en Salud Mental y Derechos Humanos. C.E.D.D.I
- Fariñas Mantón, M. (1983). El derecho a la intimidad. Trivium, Editorial, Madrid.
- Fernández Pérez, Jorge (2001). Elementos que consolidan al concepto posesión. Notas para su reflexión. México. Editor Universidad Autónoma de Puebla.
- França Tarragó, O. (1966). Ética para Psicólogos. Introducción a la Psicoética. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Frondizi. (1986) ¿Qué son los valores? FCE, México.
- Galán Cortés. (1997). El consentimiento informado del usuario de los servicios sanitarios. Códex, Madrid.

- Galán Cortés, J. C. (1998). La responsabilidad médica y el consentimiento informado. Códex, Madrid.
- García de Diego, Vicente. (1979). Diccionario Ilustrado Latino-Español/Español/Latino. Ed. Biblograf, Barcelona.
- García Morente, M. Lecciones preliminares de Filosofía (Lecciones XX y XXIV). Ficha de circulación interna, para uso de alumnos cursantes de la materia Deontología Psicológica).
- Gergen, K. (1992). El yo saturado. Barcelona: Paidós
- Gracia, D. (1989). Fundamentos de Bioética, Eudema, Madrid.
- Gracia, D. (1988). Historia de la Ética Médica. Adecue y Medicina, Espasa-Calpe, Madrid.
- Gracia, Diego y Júdez, Javier (eds.). (2004). Ética en la práctica clínica. Ed. Triacastela. Madrid.
- Gracia Guillén (1995). Fundamentos de Bioética. Eudema, Madrid.
- Gyarmati. Las profesiones. Dilemas del conocimiento y del poder. Cap. 3.
- Habermas, J. (1981) "Modernidad versus postmodernidad". En Picó, J. (compilador) (1992), Modernidad y Postmodernidad. Madrid: Alianza Editorial.
- Hegel. (1935). Filosofía del Derecho. En: Hirschberger, J. Historia de la Filosofía, Tomo II. Barcelona: Editorial Herder.
- Hermosilla, Ana M. (2000) (Comp.) "Psicología, Ética, Mercosur". En: Calo, O. y Hermosilla, A. (2000) Psicología, Ética y Profesión: "Aportes deontológicos para la integración de los psicólogos del Mercosur". Editorial UNMDP.
- Hirschberger, J. (1979). Historia de la Filosofía. Tomo I. Ed. Herder, Barcelona.
- Kant, I. Crítica de la Razón Pura. (Metodología Trascendental: Sección segunda, capítulo II). Buenos Aires: Losada, 1983.
- Kant, I. Teoría y Praxis. Capítulo I: De la relación de la teoría con la práctica en la moral en general). Buenos Aires: Leviatán, 1984.
- Klappenbach, H. (1999). Más allá del Boulder y el Modelo Latinoamericano. Algunas notas críticas sobre la currícula del psicólogo en Argentina. San Luis: Mimeo.
- Kieffer, G. (1985). Bioética. Cap. 13: Ciencia y Sociedad. Madrid: Alambra.
- Kohlberg et al. (1993). La educación moral. Barcelona: Taurus.

- Kordon, Diana et al. La impunidad: “una perspectiva psicosocial y clínica”. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Kraut, A. (1991). Responsabilidad profesional de los psiquiatras. La Roca: Buenos Aires.
- Ley 10.306 de reglamentación del ejercicio de la psicología en la Provincia de Buenos Aires.
- Ley 11.044. Investigación en salud. Provincia de Buenos Aires.
- Maliandi, R. (2004). Ética: conceptos y problemas. Madrid: Biblos.
- Marcovitch, Jacques. (2002). La universidad imposible. Madrid: Cambridge University Press.
- Pabón S. de Urbina. (1979). Diccionario Manual Griego-Español. Barcelona: Bibliograf.
- Pacenza, María Inés y Cordero, Susana (2004). Universidad y Sociedad. Psicólogos e inserción laboral. Mar del Plata. Editorial Suárez.
- Parise, Carlos. (1998). Algunas consideraciones sobre el consentimiento informado.
- Puig Rovira, J. M. (1999). Educación moral y democracia. Barcelona: Editorial Alertes. Cap. 2: “Las teorías del desarrollo moral”.
- Rosembaum, M. (1984). Ética y valores en Psicoterapia. FCE, México.
- Sampieri, R. (1997). Metodología de las investigaciones. Colombia: Mac Graw Hill.
- Savater, Fernando. (1984). Ética para Amador, Madrid, Gredos.
- Schón, Donald. (1992). La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones. Barcelona, Paidós.
- Steiner, J. (1985). “Problemas éticos de la reclusión de pacientes en Instituciones”. En: Rosembaum, M. (1985). Ética y valores en psicoterapia. FCE. México.
- Silva, Hernán. Medicina Legal y Psiquiatría Forense, Tomo II. Editorial Jurídica.
- Simón Lorda, P. (2000). El consentimiento informado. Editorial Triacastela.

- Simón Lorda, P. y Concheiro Carro, L. (1993). El consentimiento informado, teoría y práctica en Medicina Clínica. (1). Barcelona. Med. Clin. 100: 659-663.
- Simón, Pablo. (2000). El consentimiento informado. Historia, teoría y práctica. Madrid: Ed. Triacastela.
- Toro, Juan y otros. Problemas Centrales para la formación académica y el entrenamiento profesional del Psicólogo en las Américas. Buenos Aires, Argentina, Editorial J. V. E.
- Uribe Cualla, J. (1995). Responsabilidad Médico Legal de los Cirujanos. Cap. 3: "Deberes y derechos de las partes". Ediciones Héctor Macchi, Buenos Aires.
- Vander Zanden, J. W (1986). Manual de Psicología Social, Paidós, Buenos Aires.
- Vilanova, A. (2000). "La formación académica del psicólogo en el mundo y en el país". En: Calo, O. & Hermosilla, A. (Eds.). Psicología, Ética y Profesión: aportes deontológicos para la integración de los psicólogos del Mercosur, pp. 109-118. UNMdP
- Zerón, A.; Ladrón de G. G. (1996). Código de Ética de la A. D. M.; FCE, México.

Congresos:

- A. A. V. V. La formación del psicólogo para el año 2000. XXIV Congreso Interamericano de Psicología, Santiago de Chile, 1993.
- Blanco, A., Dembo, M., Di Doménico, C., Pineda, G., Rojo, M. (1993). La formación del psicólogo para el año 2000 XXIV Congreso Interamericano de Psicología. Santiago de Chile. Documento de Simposio.
- Calo, O. (2001). "Confidencias. El secreto profesional en Psicología". Trabajo presentado en el XXVIII Congreso Interamericano de Psicología en la ciudad de Santiago de Chile, en Julio de 2001.
- Calo, O. (2001). "La interacción del profesional con los códigos o No tomar las cosas al pie de la letra". Ponencia realizada en el XXVIII Congreso Interamericano de Psicología: "Hacia una psicología para el bienestar humano", Santiago de Chile, 29 de Julio al 3 de Agosto de 2001.
- Hermosilla, Ana M.; Liberatore, Gustavo; Losada, Marcela; Zanatta, Mónica, A.; Zrinovich, A.; Varela, R. (2004). Dilemas éticos en la práctica profesional de los psicólogos. Diseño de una metodología. XI Jornadas de investigación

de la Facultad de Psicología, UBA. Publicado en Actas N° ISSN 1667-6750. Vol. III: 352-353.

- Hermosilla, Ana María (2002). Intervención presentada en la mesa de debate: "Mala Praxis y secreto profesional". Responsabilidad y Ética Profesional, en las primeras Jornadas Nacionales de Psicología Jurídica: "Sujetos, Instituciones y leyes", Rosario, 13 y 14 de Septiembre de 2002.
- Hermosilla, Ana M. (2003). Intervención presentada en la mesa de debate: "Mala Praxis y secreto profesional". Responsabilidad y Ética profesional, en el Pre Congreso al XI Congreso Argentino de Psicología: Realidad actual, un diseño para la Psicología, San Juan, 15 al 17 de mayo de 2003.
- Losada, Marcela (2001). "Incumbencias profesionales e Interdisciplina". Trabajo presentado en las Jornadas Nacionales Sobre el lugar de la Ética. UNMdP.
- Losada, M.; Zanatta, M. y Liberatore, G. (2005). "Análisis del posicionamiento ético de los profesionales ante situaciones dilemáticas". En: Memorias de las XII Jornadas de Investigación. Psicología, sociedad y cultura. Vol. III. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. ISSN 1667-6750.
- Memoria del 8° Simposio Internacional: "La comunicación humana y el derecho sanitario". Noviembre, 2003. Editor: Dr. Carlos Tema Tamayo. Editorial Salud, México.
- Mulder, Silvia (2001). "Incidencia del consentimiento informado en la práctica clínica". Trabajo presentado en las Jornadas Nacionales Sobre el lugar de la Ética. UNMdP.
- Nogueira, R. (2001). Secreto profesional. Ciclo de Conferencias. Colegio de Psicólogos de la Provincia de Bs. As., Distrito XI, Octubre de 2001.
- Secchi, C. (1993). Psicoética Institucional, En: Jornadas Nacionales sobre cuestiones bioéticas en Instituciones Hospitalarias de Salud Mental, Escuela Superior de Psicología, UNMdP, 26-27 de marzo, 1995.
- Toselli, Leonardo. (2001). "Consentimiento informado y escolasticidad en las prácticas psicoclínicas". Facultad de Psicología, UNMdP. Jornadas Nacionales sobre el lugar de la ética. Mar del Plata, 2 y 3 de Noviembre de 2001.
- Zanatta, Anahí (2004). "El consentimiento informado en la práctica profesional de psicólogos". Trabajo presentado en el Pre-congreso Marplatense de Psicología. Facultad de Psicología UNMdP.

Publicaciones:

- Aguirre Gas, H. (1997). "Administración de la atención Médica". Rev. Médica IMSS. 35: 257-264.
- Aguirre Gas, H. (1999). Seminario: El ejercicio actual de la Medicina en Ética Médica. El consentimiento informado.
- Ardila, R. (2000). "Introducción al Código Ético del Psicólogo". Revista Latinoamericana de Psicología. 32 (1), 210-211.
- Bolívar, Antonio. (2005) "El lugar de la ética profesional en la formación universitaria". Revista mexicana de Investigación educativa; enero-marzo. Vol. 10, N° 024. COMIE, Distrito Federal, México.
- Calo, O. (2002). "La interacción del profesional con los códigos". Revista Argentina de Psicología, 45: 25-36.
- De Zan, J. (1989). "Moralidad o eticidad o Kant y Hegel". En: Cuadernos de Ética, N° 7. Buenos Aires.
- De Zan, J. (1995). "Una teoría del Estado de Derecho". En: Cuadernos de Ética, N° 19-20. Buenos Aires.
- Di Doménico, C. (1996): Psicología y Mercosur: acerca de la armonización curricular. Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina 42 (3), 230-24.
- Di Doménico, C. (1999). Psicología y Mercosur: revisión comparativa de los acuerdos sobre formación de psicólogos. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. 45 (1), 24 - 33.
- Esteban, Francisco. (2004). "Excelentes profesionales y comprometidos ciudadanos: un cambio de mirada desde la Universidad". Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ferrero, A. (2002). "Importancia de los derechos humanos en los códigos deontológicos de psicología en la Argentina". Revista Argentina de Psicología, 45, 51-58.
- Ferrero, A. (2005). "El surgimiento de la deontología profesional en el campo de la psicología". Fundamentos en Humanidades, Año VI, Numero I (II).
- Ferrero, Andrea. (2005). "El lugar de la ética en la Universidad: la docencia universitaria como práctica de formación ciudadana. Perspectivas en Psicología y Ciencias Afines". 2, (1), 76-79.
- França – Tarragó, O. "Psicoética". Revista Relaciones. Noviembre, 1992.

- Gauthier, Jorge. "Ética y Psicoterapia". (no poseemos más datos; es un material visto en la Carrera de Psicología en la UNMdP, en varias materias de la carrera de grado).
- Klappenbach, Hugo (1997). Incumbencias del Psicólogo. Antecedentes históricos y situación actual. Publicación en Acta Psiquiátrica y Psicológica. 43 (4) pp. 33 - 59.
- Klappenbach, H. (2000). "El título profesional de psicólogo en Argentina. Antecedentes históricos y situación actual". Revista Latinoamericana de Psicología, 32 (3), 419-446.
- Kottow, M. (editor) (2006). "Bioética e investigación con seres humanos y en animales". Santiago, CONICYT.
- López Guzmán, J. (1994). "Aproximación al concepto de Deontología". Revista "persona y Derecho". Ed. Universidad de Navarra, España. Nº 30.
- Martínez, M.; Buxarrais, M. & Esteban (2002). "La universidad como espacio de aprendizaje ético". Revista Iberoamericana de Educación, 29: 17-43.
- Patterson. J. B. (2000). Introduction to a special issue. Rehabilitation Counseling Bulletin, 43 (4).
- Pérgola, Federico. (1999). "La comunicación en Medicina". Revista Fundación Facultad de Medicina de la Universidad de Bs. As., Vol. 9, Nº 33.
- Publicación Científica Nº 563, CIOMS en colaboración con OMS.
- Sánchez Carazo. (2003). "La intimidad: un derecho fundamental de todos". Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, Nº 5 (fecha de publicación: 30/03/2003).
- Taboada, G. (2000). La dignidad humana es la situación fundamental de todos los seres humanos. (La Lic. Taboada es docente en la Universidad Abierta Interamericana y en la UBA).
- Vilanova, A. (1995). "La investigación psicológica en la Argentina". Revista Nexos. Secretaría de Ciencia y Técnica de la UNMdP. Año I. Nº a. 1995.
- Vilanova, Alberto (1997). Las deudas de la Psicología del Cono sur. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. 43 (2) pp 103 - 111.
- Vilanova, A. y Di Doménico, M. (1999). "Formación de psicólogos en el Mercosur". UNMdP. ISBN 987 - 9136 - 88 - 8.
- Zanatta, Anahí. (2003). "Paternalismo, autonomía y consentimiento informado en la Interacción profesional de la salud-usuario". Tesis doctoral, Sevilla.

Materiales obtenidos de Internet:

- American Psychiatric Association. (1987). Guidelines on Confidentiality, Washington DC, APA.
- Blanco Mercadé, A. (coordinador). (2005). Guía de Consentimiento Informado. Ed. Castilla y León.
- CIEIH: Comité de Ética. En investigaciones en Humanos (2001). Manual de Procedimientos.
- CIEM: Comités Colombianos de Ética de Investigación médica (2003). Taller de Actualización en normas y procedimientos de los Comités Colombianos de Ética de Investigación Médica, Universidad del Valle, Colombia, Noviembre 24, 2003.
- Cortés Pascual, Alejandra. "Valores y orientación vocacional". Zaragoza Universidad, 2005/2006.
- Comité de Expertos en Consentimiento Informado del Departamento de Salud/Gobierno de Navarra. Orden Foral 151/1996, de 18 de Julio, del Consejero de Salud del Gobierno de Navarra.
- Fiorentino, J y Plaza, A. (2001). "Consentimiento Informado: implicancias legales en la práctica profesional". Hospital de niños Ricardo Gutiérrez, Bs. As.
- Fonseca Ruiz. (2003). "El desarrollo axiológico del profesorado y la mejora institucional".
- Guía Práctica de Servicio de asistencia comunitaria. Departamento de Salud, Gobierno de Navarra. 1997.
- Guía Práctica. Servicio de Asistencia sanitaria. Departamento de Salud. Gobierno de Navarra, Pamplona, 1997.
- Guía sobre Consentimiento Informado (2002). Comité de Bioética de Cataluña.
- Gutiérrez Jaramillo (2003). Ética del consentimiento informado en investigaciones médicas.
- Guzmán Mora. (2000). M.D. El secreto profesional.
- Hortal, Augusto. (2002). Ética general de las profesiones, Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Iraola, Nora. (1998). Curso de Responsabilidad Médica. Consentimiento Informado, UBA, Revista AMA.

- Manrique, J. "Consentimiento informado". UBA. (sin fecha).
- Quintana, O. (1994). Guía sobre la información al paciente y la obtención del consentimiento. Rev. Calidad Asistencial 1994; 2: 72-74.
- Rodríguez Sendín (2005). "Consideraciones sobre el secreto profesional médico". Colegios oficiales de Médicos de España. OMC.

Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Psicología

Apellido y Nombres: Martinez, Silvia Raquel.

Matrícula: 4817/99

Cátedra o Seminario de Radicación: Deontología Psicológica.

Supervisor: Lic. Marcela Losada.

Co – Supervisor: Dra. Anahí Zanatta.

Título del proyecto:

Actitud de los alumnos próximos a graduarse como psicólogos respecto a su postura ética frente a la profesión.

Descripción resumida:

Estudio exploratorio respecto de la existencia o no de un proceso de construcción de una actitud ética en la formación de Psicólogos, en la Carrera de Licenciatura en Psicología, de la Facultad de Psicología de la UNMdP.

Descripción detallada:

La actitud es una tendencia a evaluar de determinado modo una situación, y actuar en consonancia con dicha evaluación (Vander Zander, 1986). Este trabajo tiene como objetivo sondear, si los alumnos de la Carrera de Licenciatura en Psicología logran o no construir una actitud ética frente a la práctica profesional, a lo largo de su formación de grado.

La investigación es de tipo exploratorio descriptiva. La muestra es de tipo no probabilística intencional, seleccionando a la Facultad de Psicología como el ámbito de estudio para esta investigación.

Como método de recolección de información se recurrirá a la consulta bibliográfica y a la aplicación de un instrumento de información conformado por una Escala de tipo Lickert y un cuestionario de conocimiento (sobre temas ético/deontológico/axiológicos)



Finalmente se realizará un análisis cuantitativo y cualitativo de la información recogida y, por último, a través de las técnicas de triangulación, se entrecruzarán ambos análisis. Hasta el momento se han hallado escasas investigaciones que aborden esta problemática tal como está planteado aquí.

Este trabajo pretende ser un aporte respecto de la construcción de una actitud ética a lo largo del proceso de formación de grado de los futuros licenciados en Psicología, considerando el momento histórico que estamos viviendo en el que se tiene en consideración la revisión de la currícula vigente en la Carrera de Licenciatura en Psicología en la Facultad de Psicología de la UNMDP, como así también, la posible implementación de un nuevo plan curricular.

Palabras claves: actitud ética – formación del Psicólogo – práctica profesional – currícula vigente.

Motivos y antecedentes:

Varios son los motivos que llevan a cabo la realización de esta investigación.

En principio, al atravesar por las últimas materias de la Carrera de Licenciatura en Psicología emergen, notoriamente, múltiples interrogantes en relación al posicionamiento que se tomará en situaciones dilemáticas en la práctica del Psicólogo en su vertiente profesional. Estas inquietudes se incrementan al cursar los ámbitos, ya que en ellos se vislumbra en forma mucho más concreta la necesidad de una preparación que propicie, junto a la formación continua en el uso racional de las tecnologías que puedan ser utilizadas en el desarrollo de la Psicología, la constante reflexión y actitud ética pertinentes.

En segundo lugar, a partir de cursar el Seminario: “Dilemas éticos que se presentan en la práctica concreta del Psicólogo” (Seminario de promoción de la Materia Deontología Psicológica) pudimos observar falencias en el nivel actitudinal, desde una perspectiva ética, en graduados de la UNMDP, pertenecientes a distintas promociones; es decir, con diferentes años de experiencia profesional.

Por lo tanto, creemos que el tema planteado reviste suma importancia en el marco de la reforma curricular ya que, actualmente, en diferentes espacios académicos se está considerando la necesaria modificación de la currícula vigente.

En relación a los antecedentes, existen diversos trabajos que abordan de una manera u otra esta problemática. Pueden mencionarse los estudios llevados a cabo con graduados, por ejemplo, en la UBA y también en la UNMDP. Según Vilanova (1995) en casi la totalidad de las carreras de Iberoamérica se ha implementado el Modelo Bogotá que sostiene una formación profesional y científica de los Psicólogos. Sin embargo, este modelo, inserto en dichas latitudes, ha tenido un efecto sólo formal, adquiriendo un cariz profesional en detrimento de la investigación.

Asimismo, considerando el principio n° 10 para la formación de Psicólogos en el Mercosur, según lo plantean Di Doménico y Vilanova (1999) se halla claramente expresada la pretensión de un objetivo en la formación de grado: “Deberán desarrollarse competencias ético - axiológicas, deontológicas, en todos los cursos de todos los niveles, y se encaminarán en la defensa de los principios de derecho, integridad y dignidad de las personas. Esta formación se dará en interacción con contextos donde aplicar lo aprendido”.

Creemos que es necesario indagar si realmente existe la construcción real de una actitud ética en los futuros graduados más allá de la mera formulación del deseo de “promover

el compromiso ético a lo largo de la Carrera favoreciendo la formación de actitudes éticas y reflexivas” (Universidad de Chile, 1999)

Consideramos que, como profesión tenemos que tender a contar con miembros que puedan tomar decisiones no sólo de acuerdo con lo que es permitido sino con lo que es preferible. Una conducta es ética porque es consistente con un principio ético y no necesariamente, controlada por ese principio. Esto implica enfatizar la responsabilidad sustentada en una ética de “virtudes” por sobre una ética de ajuste a “códigos y normas”.

En virtud de lo planteado consideramos que esta investigación realizaría un posible aporte en el debate referido a si la dimensión ético - deontológico y axiológica debería tener un sentido transversal que permeara toda la currícula, como así también a los problemas concretos de la práctica psicológica contribuyendo a la construcción de una actitud ética en ejercicio de la profesión, construcción de la cual cada graduado debe apropiarse.

Objetivo general:

Indagar si existe un proceso de construcción de una actitud ética frente al futuro ejercicio de su profesión en alumnos avanzados de la Carrera de Psicología de la UNMdP.

Objetivos particulares:

1. Evaluar la actitud de los alumnos próximos a graduarse respecto a una postura ética frente al ejercicio de la profesión.
2. Evaluar el grado o nivel de conocimientos de dichos alumnos en lo que respecta a contenidos ético/deontológicos básicos, acordes a su profesión.

Hipótesis:

En tanto el presente trabajo es de tipo exploratorio no se cree pertinente la formulación de hipótesis.

Métodos y técnicas:

Esta investigación es de tipo Exploratorio - Descriptiva.

La muestra es no probabilística intencional y está compuesta por:

1. Estudiantes de 4º y 5º Año, de la Carrera de Licenciatura en Psicología de la Facultad de la UNMdP.
2. Estudiantes de la misma Facultad que estén realizando sus Residencias de Pregrado en los distintos ámbitos.

Las técnicas de recolección son:

Fuentes primarias:

Se diseñará un instrumento conformado por una Escala de Tipo Lickert y un cuestionario de conocimiento sobre temas ético/deontológicos (con el carácter de encuesta de opinión, cuya modalidad será autoadministrable y anónima).

El análisis de los datos será cuantitativo y cualitativo, implementándose técnicas de triangulación para relacionar ambos tipos de análisis.

Fuentes secundarias:

Consulta bibliográfica pertinente.

Lugar de realización del trabajo:

Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Cronograma de actividades:

| ACTIVIDADES | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre |
|--|-------------------|----------------|------------------|------------------|
| Búsqueda de bibliografía. | X | | | |
| Lectura y profundización. | X | | | |
| Construcción de Marco Teórico. | X | | | |
| Elaboración de instrumentos de recolección de datos. | | X | | |
| Acercamiento. | | X | | |
| Administración del instrumento. | | | X | |
| Sistematización de los resultados obtenidos. | | | X | |
| Interpretación de las conclusiones. | | | | X |
| Elaboración del informe final. | | | | X |

Bibliografía de referencia:

- Blanco, A., Dembo, M., Di Doménico, C., Pineda, G., Rojo, M. (1993). La formación del psicólogo para el año 2000 XXIV Congreso Interamericano de Psicología. Santiago de Chile. Documento de Simposio.
- Calo, O. (2001). "La interacción del profesional con los códigos o No tomar las cosas al pie de la letra". Ponencia realizada en el XXVIII Congreso Interamericano de Psicología: "Hacia una psicología para el bienestar humano", Santiago de Chile, 29 de Julio al 3 de Agosto de 2001.
- Di Doménico, C. (1999). Psicología y Mercosur: revisión comparativa de los acuerdos sobre formación de psicólogos. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. 45 (1), 24 - 33.
- Di Doménico, Cristina y Vilanova, Alberto (1999). La formación de Psicólogo en el Mercosur. Facultad de Psicología. UNMdP. Editor UMNdP.
- Diez, Pedro (1999). Psicología, Universidad y Política en Argentina 1950 - 1990. Facultad de Psicología. UNMdP. Editor UNMdP.
- Fariña, J (1995) Ética Profesional. Editorial UBA, Buenos Aires.
- Fariña, Juan (1992). Ética Profesional. Dossier Bibliográfico en Salud Mental y Derechos Humanos. C.E.D.D.I
- Fernández Pérez, Jorge (2001). Elementos que consolidan al concepto profesión. Notas para su reflexión. México. Editor Universidad Autónoma de Puebla.
- Hermosilla, Ana M.; Liberatorie, Gustavo; Losada, Marcela; Zanatta, Mónica. A; Zrinovich, A.; Varela, R. (2004). Dilemas éticos en la práctica profesional de los psicólogos. Diseño de una metodología. XI Jornadas de investigación de la Facultad de Psicología, UBA. Publicado en Actas N° ISSN 1667-6750. Vol.III: 352-353.
- Hermosilla, Ana María (2002). Intervención presentada en la mesa de debate: "Mala Praxis y secreto profesional". Responsabilidad Ética Profesional, en las primeras Jornadas Nacionales de Psicología Jurídica: "Sujetos, Instituciones y leyes", Rosario, 13 y 14 de Septiembre de 2002.
- Klappenbach, H. (1999). Más allá del Boulder y el Modelo Latinoamericano. Algunas notas críticas sobre la currícula del psicólogo en Argentina. San Luis: Mimeo.
- Klappenbach, Hugo (1997). Incumbencias del Psicólogo. Antecedentes históricos y situación actual. Publicación en Acta Psiquiátrica y Psicológica. 43 (4) pp. 33 - 59.
- Losada, Marcela (2001). "Incumbencias profesionales e Interdisciplina". Trabajo presentado en las Jornadas Nacionales Sobre el lugar de la Ética. UNMdP.

- Losada, M.; Zanatta, M. y Liberatore, G. (2005). "Análisis del posicionamiento ético de los profesionales ante situaciones dilemáticas". En: Memorias de las XII Jornadas de Investigación. Psicología, sociedad y cultura. Vol. III. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. ISSN 1667-6750
- Mulder, Silvia (2001). "Incidencia del consentimiento informado en la práctica clínica". Trabajo presentado en las Jornadas Nacionales Sobre el lugar de la Ética. UNMDP.
- Pacenza, María Inés y Cordero, Susana (2004). Universidad y Sociedad. Psicólogos e inserción laboral. Mar del Plata. Editorial Suárez.
- Toro, Juan y otros. Problemas Centrales para la formación académica y el entrenamiento profesional del Psicólogo en las Américas. Buenos Aires, Argentina, Editorial J.V.E.
- Vilanova, Alberto (1997). Las deudas de la Psicología del Cono sur. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. 43 (2) pp 103 - 111.
- Zanatta, Anahí (2004). "El consentimiento informado en la práctica profesional de psicólogos". Trabajo presentado en la práctica profesional de los psicólogos. Trabajo presentado en el Pre-congreso Marplatense de Psicología. Facultad de Psicología UNMDP.

Firma del supervisor:



Firma del alumno:



Firma del co - supervisor:



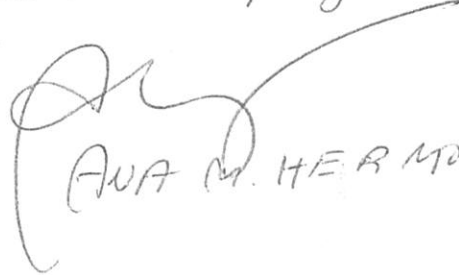
P/ Área de Investigación:

Resultado de la evaluación:

Aprobado. Sugiero para la construcción del Marco Teórico que el alumno prepare la sinopsis básica proporcionado por la cotación de metodología por lo demás el proyecto es consistente

Fecha:

22/11/06



ANA M. HERMSILLA