

Ética y deontología		
	Ponente	Título
1	Ancízar Restrepo Colombia	Logoterapia, autoestima y ética
2	Darío Ernesto Jaén Panamá	Psicoética y ponderación de competencias en formación y desempeño del psicólogo
3	Diana Alejandra Malo Colombia	Reflexión ética sobre medición, psicometría y evaluación en psicología
4	Etienne Mullet Francia	Las condiciones de aceptabilidad de las amnistías políticas: un problema de ética política
5	Gloria María Berrío Colombia	Consideraciones clínicas y éticas de psicoterapia por Internet
6	Hernando Londoño Colombia	Libertad y determinismo en la relación psicoterapéutica
7	Jorge Arturo Pérez Colombia	La bioética y la investigación con seres humanos
8	Lucila Cárdenas Niño Colombia	La comunicación como parte importante en la toma de decisiones y respeto por la autonomía en procesos de intervención e investigación psicológica
9	María Victoria Rodríguez Colombia	¿Es posible formar en criterio ético a los estudiantes de psicología?
10	Martha Elena Ardila Colombia	Las voces del silencio. Conversaciones acerca del suicidio. Una mirada desde la bioética.
11	Ricardo Salamanca Colombia	Implicaciones bioéticas en la intervención del comportamiento
12	Rosa Elena Martínez Colombia	Consentimiento informado en psicoterapia

Guillermo Ancízar Restrepo Toro

Colombiano

Lic. en Teología, Doctor en Teología Moral, Psicólogo

Sacerdote activo y psicólogo clínico

Miembro del Tribunal departamental Bioético de Psicología de Antioquia, 2007-2009.

LOGOTERAPIA, AUTOESTIMA Y ÉTICA
Simposio

El objetivo fundamental de esta reflexión es sensibilizar a clínicos y no clínicos sobre el riesgo de hacernos iatrogénicos. La temática se articula desde la teoría Logoterapéutica de Viktor Emil Frankl.

Autoestima es la valoración que el individuo tiene de sí mismo en torno a sus características, habilidades y capacidades.

Tener válida autoestima no significa alardear de lo maravilloso que soy sino, más bien, saber discretamente que valgo mucho; no se trata de pensar que soy perfecto sino que soy digno de ser amado y respetado. La autoestima me proporciona valor para experimentar cosas nuevas, me proporciona el poder creer en mí mismo, me permite respetarme a mí mismo, incluso cuando cometo errores.

La autoestima implica conocerse a sí mismo en sus valores físicos, psíquicos y espirituales, actuar estos valores, asumir comprometida y responsablemente el presente, evitando mal-mirar (aunque algunos dicen, "sin mirar") el pasado y el futuro pues, de hecho, no hay presente sin pasado y sin futuro. El pasado y el futuro son referentes necesarios si tenemos en cuenta que lo que hace un instante era futuro ahora ya es presente igual que lo que ahora es presente, en un instante, será pasado; el pasado y el futuro pueden constituirse en referentes saludables si aprendo de lo vivenciado ayer o si el mañana marca metas objetivas y significantes, aunque, también pueden constituirse en referentes patógenos si me anclo en los traumas y circunstancias negativas del ayer o en la angustia de expectación de lo que aún no ha llegado.

En cuanto a la formación de la autoestima hay que decir que la valoración de sí mismo no tiene por qué seguir una lógica, ni coincidir con la visión de los demás pero sí está condicionada por un conjunto de experiencias y prácticas de vida.

El hecho es que la autoestima se va formando a partir de nuestras experiencias y de cómo estas nos hacen sentir a nosotros mismos. La valoración de sí se va desarrollando a lo largo de nuestras vidas, a lo largo de sus diferentes etapas, especialmente las más tempranas cuando la persona comienza a configurar su identidad., a conocer con más certeza sus verdaderas posibilidades como persona.

Iatrogenia y autoestima :

En sentido estricto, la iatrogenia se relaciona con el mal manejo o inadecuada presentación, por parte del terapeuta, del diagnóstico o apreciaciones terapéuticas a su paciente. Pero, en sentido amplio, se extiende esta capacidad iatrogénica a todas las personas que se hacen significantes e incidentes ante el otro y que, con apreciaciones negativas, afectan la conformación de la autovaloración personal.

La imagen de sí mismo no es heredada sino aprendida. En efecto, nuestro esquema autovalorativo se va formando paulatinamente más sobre la base de la evaluación ajena que

sobre nuestra propia autopercepción. El concepto de sí, autoesquema positivo o negativo, se construye en las experiencias de contacto con personas significantes o por la confluencia incidente de mi universo inmediato (sucesos de éxito-fracaso, placer-disgusto, seguridad-miedo, etc.).

Pero, en la formación de los autoesquemas negativos, debemos señalar que los factores incidentes iatrogénicos son de dos niveles : Los deflacionistas, que inciden con una infravaloración del otro aún contrariando la objetiva realidad del otro. Y, los inflacionistas, que inciden con una hiperinterpretación de la objetiva realidad del otro.

Y cómo se activa el proceso iatrogénico?

Ocurre que, con mucha frecuencia, mientras los autoesquemas positivos apenas si suelen tenerse ligeramente en cuenta, los negativos tienden a conservarse reforzados por las llamadas profecías autorrealizadas (“ya sabía que no serviría para algo, que sería un fracaso”, etc.).

¿Qué debemos cuidar los psicoterapeutas?

Un logoterapeuta, pero vale para todo psicoterapeuta, debe educar para la responsabilidad y debe hacerlo con responsabilidad. Todos debemos cuidar los factores incidentes deflacionistas pero, igualmente, debemos vigilarnos en cuanto a una intervención inflacionista que propicie la configuración de una enfermiza fisonomía de prepotencia o neurótica grandeza que también forma parte de este compuesto neurótico reactivo de que nos habla V. E. Frankl.

Referencias

Lukas, Elizabeth, Dare un senso alla vita, 2da. Ed., Assisi, Cittadella editrice, 1986,

Lukas, Elizabeth, Una vida fascinante. En la tensión entre ser y deber ser, Buenos Aires, San Pablo, 1994.

Frankl, Viktor E., Teoría y terapia de las neurosis, Barcelona, Herder, 1992.

Restrepo Toro Ancizar, Viktor Emil Frankl y la teoría Logoterapéutica.Reencuentro con la humanidad del hombre, Medellín, Ed. Universidad Pontificia Bolivariana, 2004.

García Pintos Claudio et al., Frankl por definición. Consultor temático de Logoterapia y Análisis Existencial, Buenos Aires, San Pablo, 200

Darío Ernesto Jaén Navarro.

De nacionalidad panameña. Tiene estudios de filosofía en el Filosofado del Seminario San José de la Montaña y complementarios en la Facultad de ciencias del hombre y de la naturaleza de la Universidad Centroamericana José Simeón Cañas en San Salvador, El Salvador, Centroamérica. Estudios teológicos del Teologado Interprovincial San Alfonso de México, del Seminario Central de San José Costa Rica y de la Facultad de Teología de la Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín, donde obtiene el título de Profesional en Teología. Especialista en Pedagogía de la Virtualidad en la Fundación Universitaria Católica del Norte de Santa Rosa de Osos, Antioquia. Directivo Académico Universitario y Formador de Formadores y de Psicólogos especialmente en la Universidad de San Buenaventura, Seccional de Medellín.

**PSICOÉTICA Y PONDERACIÓN DE COMPETENCIAS EN FORMACIÓN
Y DESEMPEÑO DEL PSICÓLOGO
Conferencia**

1. Introducción.

El tema de las competencias es de presencia relevante en los tratamientos ético-políticos desde la filosofía antigua hasta nuestros días, que ha cobrado una sorprendente actualidad porque se le considera como un sintetizador de lo que constituye el ser, pensar, decir y hacer en contexto interrelacional de un ciudadano y de un profesional. Hoy día también el tema sigue exhibiendo un carácter ético-político. Nuestro objetivo es preguntarnos por la forma de integrar la formación competencial en lo académico y en el desempeño profesional del psicólogo.

2. Qué es competencia y qué es ser un profesional competente.

Viviana González Maura de la Universidad de la Habana en su artículo ¿Qué significa ser un profesional competente? Reflexiones desde una perspectiva psicológica, afirma que competencia es “Una configuración psicológica compleja que integra en su estructura y funcionamiento formaciones motivacionales, cognitivas y recursos personológicos que se manifiestan en la calidad de la actuación profesional del sujeto, y que garantizan un desempeño profesional responsable y eficiente”. Luego la calidad de la acción profesional es lo que define el profesional competente, pues “La competencia profesional se manifiesta en la actuación, en tanto que es en la actuación profesional que se expresan los conocimientos, hábitos, habilidades, motivos, valores, sentimientos que de forma integrada regulan la actuación del sujeto en la búsqueda de soluciones a los problemas profesionales.” (González, 2002)

Jesús de la Fuente et al. presentan los resultados de una investigación donde los 76 sujetos profesionales en psicologías y ubicados en distintos campos ocupacionales opinan que “en el contexto profesional-aplicado es donde se constituyen una mayor cantidad de competencias. La mayoría del conocimiento factual (saber) se construye en el ámbito de la formación universitaria, mientras que la construcción del conocimiento procedimental (saber hacer) se produce en el ámbito aplicado.”

Siguen el enfoque sistémico de Robert A. Roe, Robert A. Roe que se graduó por la Universidad de Ámsterdam (Holanda) y ha sido Profesor de Psicología del trabajo y las organizaciones, escritor de temáticas de referencia contemporánea tales como “¿Qué hace competente a un psicólogo?” Donde se replantea y se buscan modos de estandarización para una formación del psicólogo para la movilidad en la Europa unificada; desde un enfoque sistémico plantea “un modelo

comprehensivo de competencias”, que define como “saber hacer en la acción”, donde se suman o integran “elementos input (curriculares, rasgos de personalidad, capacidades, conocimientos, habilidades y actitudes) y elementos output (práctica profesional, competencias y subcompetencias) en la estructura conceptual de competencias que debe incorporar un profesional para una buena práctica”

Por otro lado De la Fuente afirma que “Las competencias para ejercer la profesión son definidas como un conjunto de conocimientos académico-profesionales integrados, que permiten un desempeño óptimo de los requerimientos profesionales. Critica el planteamiento de Roe diciendo que:

Las competencias (saber hacer en la acción) son de carácter académico y profesional, incluyendo cada una de ellas los saberes (competencias conceptuales), las habilidades (subcompetencias procedimentales) y las actitudes (subcompetencias actitudinales), de tal forma que, en la práctica, la solución de los problemas y de las situaciones profesionales lleva consigo la utilización combinada de las competencias académico-profesionales. Además, ambos tipos de competencias no se pueden circunscribir a un ámbito curricular o profesional (input-output, en el modelo de Roe), si no más bien, entender que se deberían construir en ambos contextos, académico y profesional, de manera secuencial y reglada. Como este hecho no se produce, sino que se realiza un reparto implícito de los aprendizajes competenciales entre los citados ámbitos input-output, es muy difícil la construcción integrada de los procesos formativos que se producen en la Universidad y en el contexto Profesional Aplicado. (De la Fuente, 2003)

Se concluye entonces que “en la práctica cada contexto formativo se ha especializado en la formación de una tipología de competencias, sin crear espacios y acciones coordinadas suficientes para favorecer la construcción integrada de ambas” Por lo tanto el reto de la formación sigue siendo en palabras de los autores que estamos citando “Evitar el sesgo competencial”.

En conclusión, hacemos referencia al conocimiento y respeto al denominado **reparto de competencias** sin invadir, sin invalidar, sin eliminar, sin sustituir las competencias de otros; y sin omitir las propias; sabiendo distinguir cómo proceder con las competencias exclusivas, con las competencias compartidas, con las competencias de apoyo, con las competencias de coordinación y con las competencias de complemento (Galindo, 1996), es decir, sabiendo cómo moverse competentemente entre competencias y competentes. Este es un tema delicado en psicoética y la ley 1090 de 2006 deja reposar esta responsabilidad en el juicio del profesional: por un lado promueve la responsabilidad compartida de todos los psicólogos interesados en el bienestar social y en la profesión como un todo, cuando se trata del mantenimiento de altos estándares de competencia; y cuando se trata de los límites dice: “Los psicólogos reconocerán los límites de sus competencias”; este juicio ético profesional requiere de discernimiento y balances permanentes; la competencia es, pues, también una categoría ética orientadora de decisiones informadas en la formación y desempeño del psicólogo; y sólo en **ponderación de competencias** (Bruno, 1995) en los momentos formativos académicos, de las prácticas profesionales, y del ejercicio profesional es posible establecer unos derroteros de autocrítica y desarrollo competenciales.

Referencias.

BRUNO, Giordano. 1995. Expulsión de la bestia triunfante. Madrid: Alianza Editorial, 1995. 3.5 p.
DE LA FUENTE ARIAS, Jesús; JUSTICIA JUSTICIA, Fernando; CASANOVA, Pedro Felix;
TRIANES, María Victoria. Percepción de la construcción de competencias académicas y profesionales en psicólogos. En: Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa y

Psicopedagógica. No. 5-3 (1),3-34. 2003. Disponible en internet en:

http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/articulos/5/espanol/Art_5_57.pdf

(Consultado el 20 de mayo de 2009)

GALINDO, Angel. 1996. Moral socioeconómica. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos. 483 p.

GONZALEZ MAURA, Viviana. ¿Qué significa ser un profesional competente? Reflexiones desde una perspectiva psicológica. En: Revista Cubana de Educación Superior, Vol. XXII No. 1,

2002, pp. 45-53. Disponible en Internet en: <http://www.rieoei.org/deloslectores/Maura.PDF>

(Consultado el 12 de marzo de 2009)

ROE, Robert. ¿Qué hace competente a un psicólogo? Traducido al castellano por Agustín

Romero Medina. Disponible en Internet en:

<http://quedadas.blogcindario.com/2008/06/00054-que-hace-competente-a-un-psicologo-de-robert-roe.html>

(Consultado el 15 de abril de 2009)

Diana Alejandra Malo Salavarieta

Colombiana, psicóloga de la Universidad Incca especialista en administración de empresas, con 15 años de experiencia en medición-evaluación, diplomado en investigación, competencias, docencia universitaria, magistrada del tribunal ético de COLPSIC nodo Santander. Coordinadora del laboratorio de psicometría de la Universidad de Santander –UDES-, jefe de área profesional específica, delegada por la UDES al nodo de semilleros de investigación REDCOLSI nodo Santander. Miembro del grupo de estrés académico de la Universidad de Durango en México. Proyectos actuales validación de instrumentos de medición en nuestro país.

**REFLEXIÓN ÉTICA SOBRE MEDICIÓN, PSICOMETRÍA
Y EVALUACIÓN EN PSICOLOGÍA
Conferencia**

Se busca desde el código ético realizar una reflexión sobre cual es el manejo ético de los instrumentos de medición psicológica en nuestro país. Como profesionales de la Psicología no podemos desconocer que las pruebas psicológicas se convierten en las herramientas de evaluación más confiables para nosotros, de su correcta construcción, buen uso, adecuada divulgación y elaboración del informe de evaluación psicológica depende en gran medida que podamos cumplir con los principios éticos que orientan nuestro ejercicio como psicólogos (Responsabilidad, competencia, confiabilidad etc.) ,Es importante tener presente que debemos promover el bienestar de los pacientes , evitar el uso indebido de los resultados de las pruebas, respetar el derecho de conocer los resultados de los mismos, mantener la seguridad de las pruebas y otras técnicas de evaluación de acuerdo a la ley. Aplicando la regla general de la lealtad de acuerdo al manual deontológico y Bioético del Psicólogo en donde se obliga al psicólogo no sólo a ser respetuoso con los colegas que sostengan ideologías diferentes a la suya, sino también a no realizar actos que impliquen competencia desleal en la prestación de los servicios profesionales. Por eso, son faltas contra la ética respecto a las pruebas entre otras, las siguientes conductas: hacer uso inapropiado del material psicotécnico, descuidando el rigor ético y metodológico prescrito para su debido manejo (Art. 36, Pitt. a) . , Hacer evaluaciones a personas o situaciones cuya problemática no corresponda a su campo de conocimiento, o cuando no cuente con los recursos técnicos suficientes para hacerlo (Art. 36. lit. b). Utilizar medios diagnósticos, preventivos, de intervención, y/o procedimientos no reconocidos por las comunidades científicas (art. 36, lit. e).

Sería muy interesante en este momento preguntarnos si está clara nuestra función como psicólogos y nuestra responsabilidad en el manejo de nuestros instrumentos y si verdaderamente le estamos dando la importancia y el manejo ético que se merecen y si estamos brindando con ellos el bienestar necesario a nuestros evaluados. También es pertinente preguntarnos que podemos hacer desde la academia para impedir la reproducción total o parcial de las pruebas así sea para efectos de aprendizaje. De igual forma no solo hablamos de la Ética en la aplicación de instrumentos de medición sino en la construcción, validación y adaptación de los mismos a nuestro contexto.

Referencias

Ardila, R (2000), Código ético del psicólogo .
Colegio Colombiano de Psicólogos, (2008) , Manual Deontológico y Bioético del Psicólogo.

Franca, F.(2000) Ética para Psicólogos, Edt. Descle
Ley del psicólogo 1090 (2006) 6 de Septiembre "POR LA CUAL SE REGLAMENTA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN DE PSICOLOGÍA, SE DICTA EL CÓDIGO DEONTOLÓGICO y BIOÉTICO y OTRAS DISPOSICIONES".
Malo , D. (2008) LA MEDICIÓN EN PSICOLOGÍA COMO HERRAMIENTA Y COMO REFLEXIÓN ÉTICA EN EL EJERCICIO DEL PSICÓLOGO ,*Psicogenote*, 11 (19): pp. 46-51. Junio, 2008. Universidad Simón Bolívar. Barranquilla, Colombia. ISSN: 0124-0137

Etienne Mullet

Nacionalidad francesa, es doctor en psicología de la Sorbona, Paris. Director del laboratorio Ética y Trabajo de la Ecole Pratique des Hautes Etudes (Institute of Advanced Studies), Paris, France.

Lonzozou Kpanake

Nacionalidad togolesa, es doctor en psicología de la universidad de Toulouse. Actualmente, en post-doctorado en la universidad McGill de Montreal, Canadá.

LAS CONDICIONES DE ACEPTABILIDAD DE LAS AMNISTÍAS POLÍTICAS: UN PROBLEMA DE ÉTICA POLÍTICA
Conferencia

Las amnistías son frecuentemente otorgadas por regímenes políticos de transición a perpetradores de la violencia como una forma de alcanzar el cambio a la democracia. Las amnistías, sin embargo, tienen un precio. Ellas pueden ser vistas por las víctimas y la población en general como básicamente injustas. Una vez otorgada la amnistía, los perpetradores de serias ofensas no pueden ser perseguidos, y algunas veces, la simple mención de los crímenes puede llegar a ser ilegal. Las amnistías pueden ser vistas como inmorales. Frecuentemente, los beneficiarios de la amnistía están poco dispuestos a mostrar cualquier indicación de remordimiento y permanecen convencidos de que su primera conducta política fue justa.

Las amnistías también pueden ser vistas como económicamente (y socialmente) inapropiadas. Los miembros principales de los regímenes dictatoriales han usado frecuentemente su posición para favorecer a miembros de su grupo, y en el peor de los casos perjudicar al país y amasar fortunas. Estas riquezas serían utilizadas de mejor manera si se distribuyeran a las víctimas en proporción a las pérdidas, y fueran invertidas en formas más productivas para el beneficio de todos. Finalmente, las amnistías pueden ser vistas como políticamente peligrosas. Si los perpetradores principales de las ofensas políticas no son adecuadamente castigados, y si ellos no se dan cuenta de que su conducta fue inmoral, ellos pueden llegar a ser una amenaza para la democracia. Ellos pueden usar sus fortunas y su poder e influencia, para tratar de deshacer el nuevo régimen.

Los autores han examinado las relaciones entre las diferentes circunstancias bajo las cuales las amnistías son otorgadas (e.g. la presencia de disculpas sinceras por parte del demandante de amnistía, la compensación de las víctimas, la revelación por parte del demandante de información importante acerca del pasado) y los juicios de la gente común de su aceptabilidad. El estudio trató sobre el proceso cognitivo por el que los juicios de aceptabilidad son formados.

Los autores han utilizado un paradigma de simulación. El material consistió de 48 viñetas que estuvieron basadas sobre un diseño intra-sujeto de 5 factores: (a) la calidad y la cantidad de la información que el demandante aceptó de revelar (muy importantes revelaciones, alguna información verdadera, información dudosa), (b) la presencia-ausencia de disculpas sinceras (disculpas sinceras y demostración de remordimiento vs. ninguna disculpa y ninguna expresión de preocupación por las víctimas), (c) la oportunidad dada a las víctimas para decir su historia (una oportunidad completa vs. una oportunidad no real), (d) la compensación por el daño hecho (compensación razonable vs. virtualmente ninguna compensación), y (e) el nivel de castigo ya sufrido por el aplicante (pérdida del trabajo y separación de su familia vs. status quo), 3 x 2 x 2 x 2 x 2.

Los participantes fueron 351 adultos que viven en el área de Lomé, Togo. Sus edades oscilaron entre 18 y 78 años, con una media de 36. Togo es un país de África que está actualmente en una transición política. En el 2008, el presidente oficialmente anunció la creación de una comisión de la verdad, la justicia y la reconciliación con el soporte de las Naciones Unidas. Consultas nacionales fueron emprendidas, y todos los ciudadanos fueron invitados a contribuir a la implementación de la comisión. Por tanto, las personas manifestaron mucho interés por participar en el estudio.

El patrón general de los efectos, aunque complejo, fue muy claro. Los cinco factores tuvieron un efecto significativo. Cuatro two-way interacciones que involucraban el factor Disculpa fueron significativas. Otras dos two-way interacciones que involucraban el factor Verdad fueron significativas. Finalmente, las three-way interacciones que involucraban ambos factores -- Verdad y Disculpa -- fueron significativas. En otros términos, el factor Verdad y el factor Disculpa interactuaron no solamente uno con el otro, sino también con los factores restantes. La siguiente fórmula sintetiza los hallazgos generales: Aceptación = (Verdad x Disculpa) (Proced. + Compens. + Retrib.).

Esta fórmula agrupa los factores en dos conjuntos. De estos dos conjuntos de factores, el primero (Verdad x Disculpa) fue, por mucho, el más importante. Esto es perfectamente comprensible. Las amnistías primariamente se aplican a los perpetradores de la violencia, no a las víctimas; esto es por tanto lógica simple que la conducta de los demandantes fuera estimada como de importancia primaria en comparación con la posible compensación de las víctimas.

El mensaje principal del estudio es que una completa compensación a las víctimas no es suficiente para que las amnistías sean vistas como aceptables. Las únicas amnistías aceptables son aquellas que se otorgan a demandantes que demuestran una verdadera cooperación y un remordimiento, con el requerimiento adicional de que las víctimas sean apropiadamente si no completamente compensadas. Las "blanket" amnistías son siempre consideradas como particularmente inaceptables e injustas. La gente puede, por lo menos temporalmente, estar de acuerdo con un proceso de "blanket" amnistía, porque ellos perciben que es una necesidad política. A la larga, sin embargo, una vez que el poder del "amnistiado" se ha reducido, la legitimidad del proceso de amnistía está en peligro de ser fuertemente cuestionado.

Gloria María Berrío Acosta

Ps. Pontificia Universidad Javeriana, Esp. Ps. de la Salud, Candidata Maestría Bioética

**PSICOTERAPIA MEDIADA POR INTERNET:
REFLEXIONES SOBRE LAS IMPLICACIONES ÉTICAS
Simposio**

La psicología no ha sido ajena al discurso actual de la relación entre ciencia y tecnología. En lo científico el auge está dado por las terapias con apoyo empírico, y en lo tecnológico por el uso de estrategias de evaluación, diagnóstico e intervención apoyadas en tecnologías entre ellas las propias de la información y las comunicaciones (TICs), especialmente al uso del Internet, lo cual hace que surjan múltiples inquietudes respecto a sus implicaciones éticas.

En el año 2001 ya existían aproximadamente 250 clínicas de cyberterapia motivadas por el rompimiento de las barreras geográficas, por la velocidad que ofrece esta modalidad de comunicación y por la posibilidad de poner a disposición de todos los habitantes del planeta una ayuda especializada en esta área de las ciencias humanas. Las modalidades de terapia *on-line* se pueden clasificar en cinco: el correo electrónico, los sistemas de mensajería privada, el chat, la video conferencia y el chat mediante voz o webphone cada una de ellas con características particulares que suscitan preocupaciones y llevan a reflexiones propias.

En el año 2002 la revista *Rehabilitation Psychology* (47, 1) publicó un número monográfico sobre la aplicación clínica de diversas alternativas a través de Internet pero aun está vigente la inquietud respecto al tipo de pacientes y de profesionales que se ajustan a estas modalidades dadas las características propias de la relación terapéutica. Tener claridad sobre quien es, cuales son sus metas y prioridades, estar abierto al cambio, respetarse a si mismo y a los demás, reconocer y aceptar tanto su potencial como el de sus pacientes, poseer capacidad para reevaluarse y replantear su actuar, ser auténtico, sincero y honesto, tener sentido del humor, aceptar sus propios errores, vivir en el presente, enriquecerse continuamente de la multiculturalidad y aceptarla sin juzgarla desde sus creencias personales, demostrar sincero interés por el bienestar de los demás, dar de si un 100%, actualizarse social y profesionalmente, y poseer habilidades para ponerse límites son solo algunas de las características de un efectivo profesional de la psicología (Corey, 2005), y a ellas se le deben adicionar la capacidad para establecer un vínculo terapéutico caracterizado por la comprensión, la empatía, el respeto, la aceptación y la apertura (Marinho, Caballo y Silveira, 2003).

La empatía puede verse seriamente afectada en los procesos terapéuticos *on-line* no en lo que respecta a permitirle al profesional expresarle al paciente que se le ha entendido y que se respeta su punto de vista, pero si en la respuesta emocional ya que hay un marcado detrimento del componente no verbal debido a la asincronía a la ausencia de sonido o de contacto cara a cara, por ello no es aplicable a todas las problemáticas ni tipos de pacientes (Fenichel, Suler, Barak, Zelvin, Jones, Munro, Meunier y Schmucker, 2001), aunque sea conveniente para personas que debido a sus ocupaciones viajan mucho, residen fuera de la ciudad o viven demasiado ocupadas y no pueden trasladarse al consultorio (Bermejo Mercader, 2001).

Los principios y requisitos básicos para una práctica profesional competente no difieren en cuanto a la modalidad presencial o a distancia mediada por la tecnología del ciberespacio. En ambas se debe hacer un buen seguimiento de lo estipulado en el código deontológico de la profesión que en Colombia está plasmado en la Ley 1090 de 2006, sin embargo, por las

características mismas del trabajo psicológico, en la atención on-line se deben considerar los siguientes aspectos éticos:

1- **Privacidad de la información:** la salvaguarda de la confidencialidad es una de las principales cuestiones que preocupan tanto a profesionales como a pacientes cuando se emplea la web. El psicólogo es en todo momento el encargado de custodiar y proteger la información de sus clientes y debe emplear métodos estrictos de seguridad en los archivos físicos y virtuales de los datos. Igualmente debe comunicar al cliente las condiciones de seguridad con las cuales se recogerán y guardarán sus datos.

2- **Identidad del psicólogo:** la web se presta para que personas inescrupulosas ofrezcan servicios psicológicos sin cumplir con los requisitos mínimos lo cual va en detrimento de los consultantes y de la profesión, por esta razón, tanto en la consulta directa cara a cara como en las ofertas de servicios por Internet el profesional debe facilitar a sus consultantes los datos relevantes y verificables de su preparación y experiencia profesional sin crear falsas expectativas sobre su cualificación y competencia profesional.

3- **Identidad del consultante:** las alternativas web también se encuentran con la dificultad para identificar la vulnerabilidad y el estatus legal del usuario. Otra persona puede hacerse pasar por el consultante o él mismo aportar datos erróneos sobre sí mismo, lo cual obliga a extremar el cuidado por parte del profesional.

4- **Competencia tecnológica del profesional:** además de ser un terapeuta con amplia experiencia y habilidades clínicas en la práctica cara a cara, se debe poseer formación y entrenamiento en comunicación on-line, en el manejo de los programas operativos que se requieran, en el manejo del teclado y en la navegación por el ciberespacio. Adicionalmente se debe ser un buen conocedor y permanecer actualizado en las herramientas que le proporcionan seguridad a las transacciones de información personal.

5- **Competencia profesional:** la habilidad para identificar problemas en los clientes a pesar de las limitaciones en la información que son propias de las modalidades on-line es central para el cumplimiento del principio de responsabilidad que rige el ejercicio profesional. Si el terapeuta percibe poco progreso o elementos contradictorios o confusos en el manejo del caso es importante que lo remita a una terapia presencial.

6- **Consentimiento informado:** es indispensable que el cliente conozca y acepte la modalidad on-line con sus ventajas y limitaciones. Debe saber que no es útil para todos los casos y que su utilidad no se ha comprobado científicamente como igual o superior a la modalidad presencial (Sánchez, 2005)

Referencias

- Bermejo Mercader, A. (2001). Valoración y aplicación de la terapia psicológica vía Internet. Recuperado de <http://cop.es/colegiados/pv04735/articulos/terinternet.htm>
- Fenichel, M., Suler, J., Barak, A., Zelvin, E., Jones, G., Munro, K., Meunier, V., Walter Schmucker, W. (2001). Myths and realities of on line clinical work. Recuperado de <http://www.ismho.org/casestudy/myths.htm>
- Corey, G. (2005). *Theory and practice of counselling and psychotherapy*. New York: Wadsworth, p. 18
- Marinho, María Luiza., Caballo, Vicente & Silveira, Jocelaine. (2003). Cuestiones olvidadas de la terapia de la conducta: las habilidades del terapeuta. *Psicología Conductual*, 11, p. 143
- Sánchez, Carmen del Río. (2005). *Guía de ética profesional en psicología clínica*. Madrid: Ediciones Pirámide, p. 157

Hernando Londoño L.

Colombiano

Sacerdote Arquidiócesis de Medellín

Magíster en Psicorientación. Universidad de Antioquia

Docente de Ética del Psicólogo, en la Universidad de San Buenaventura

LIBERTAD Y DETERMINISMO EN LA RELACIÓN PSICOTERAPÉUTICA

Simposio

La importancia de la dualidad Libertad – Determinismo, en la relación psicoterapéutica, supone partir de una determinación de los conceptos fundamentales, acerca de los cuales gira la exposición toda del tema a tratar: Libertad, Determinismo, Relación Psicoterapéutica, Autorrealización, esenciales, entre muchos otros de la temática.

Libertad en términos generales, es capacidad de elegir entre dos o más opciones: “El hombre no puede no elegir; en todo momento está eligiendo” (Sartre, 1992). Libertad Personal, se refiere al ser humano, como un ser libre y por lo tanto un ser autónomo. Esto es de vital importancia, para efectos de una visión integral del tema a esbozar, en este momento.

Determinismo: Entendido como toda limitación a la libertad, sea psicológica, física o social, absoluta o relativa, que claramente comprendido, pueda junto con el concepto de libertad, ayudar a sentar posiciones más profesionales y más saludables, en el proceso de intervención psicológica, siempre orientada dentro de un contexto ético de beneficencia.

Relación Psicoterapéutica: Consiste para efectos de este sencillo aporte, en un juego de libertades y condicionamientos, tanto personales como conceptuales, en la relación Consultor – Consultante, según la corriente psicológica a la cual adhiera un determinado profesional de la psicología comprometido en la tarea de intervención psicológica.

Autorrealización: Es definida como “la capacidad que tiene el individuo de dar el máximo de sí, a partir de sus propias potencialidades” (Maslow, 1988). Ésta, junto con la libertad, constituyen los dos pilares en los cuales según el mismo autor se sustenta la psicología humanista o como ha sido también conocida “la Tercera Fuerza” (Goble, 1997).

Libertad o Determinismo: ¡He ahí el dilema! Esto es lo que trata de despejar un poco el desarrollo de estas ideas, con las cuales se busca presentar una modesta variedad de criterios al respecto, para motivarnos al cuestionamiento acerca del uso de la libertad, propia y del consultante, y del impacto del manejo de la misma, en esta específica función del profesional de la psicología. No se trata en modo alguno de ser exhaustivos.

Se tiene aquí un enfoque que sin negar lo antropológico, se sustente en una visión psicológica general del tema, con énfasis en la Psicología Humanista y su eje fundamental: La Libertad, tanto personal como relacional en la intervención psicoterapéutica, entendida en orden a la autorrealización del individuo, objeto y razón de ser de toda terapia humanista.

La Libertad para Viktor Frankl, es eminentemente interior, hasta el punto de afirmar que nunca fue tan libre como cuando estuvo prisionero en el campo de concentración a causa de la persecución Nazi, donde nació su obra “El Hombre en busca de sentido” (Frankl, 1991). Esta característica de la interioridad es corroborada una vez más en la obra “Libertad y Creatividad en la Educación” (Rogers, 1996).

Lo anterior nos motiva a rechazar toda forma de libertad aparente, basada en puras exterioridades para emprender con el consultante un proceso que tenga como objetivo su

autorrealización. Entonces, siendo la libertad una realidad particularmente interna, tenemos que aceptar con el mismo Rogers que sólo una relación empática en la intervención psicológica, puede permitirnos ver si el sujeto es o no libre, para establecer el proceso a seguir. No debe por lo tanto ser definida en modo alguno desde marcos puramente externos (Rogers, en Gondra, 1986).

Por otra parte, cabe preguntarse: ¿Hay algún elemento determinista que pueda entorpecer el proceso psicoterapéutico? ¿Y ese elemento si se da, es surgido del tipo de psicoterapia elegido por el psicólogo o de situaciones transferenciales, generadas consciente o inconscientemente por el consultante?

Además, ¿hay algún elemento contaminante en el motivo de consulta cuyo peso condicione prevalentemente la relación psicoterapéutica? Esto obedece a que la libertad dominada por la motivación contaminante de más peso, pasa a un segundo plano, dejando el proceso y por lo tanto el resultado de la intervención psicológica a la suerte de un elemento intruso equivocado, llámese condicionamiento, transferencia o determinismo de cualquier tipo que aflore durante la intervención psicológica.

¿O, podrá felizmente el psicólogo establecer una relación psicoterapéutica tal, que partiendo de un manejo de la libertad integralmente tomada, sirva como medio para alcanzar una autorrealización que le de sentido a la vida del consultante y así alimente en él el disfrute de su salud mental, como es obviamente el propósito a alcanzar?

Se trata en conclusión, de abogar a favor de un tipo de libertad que le permita al individuo, no arrastrarse, sino por el contrario elevarse, trascenderse y volar como persona con estilo propio, hacia niveles cada vez mayores de autorrealización, cual debe ser la meta de todo proceso de intervención psicológica, desde una óptica humanista.

Porque, volviendo a Rogers, citado por Gondra: "su filosofía, se enfrenta abiertamente tanto con el conductismo, afirmando que la conducta no es determinada sólo por condicionamientos externos, como con el Freudianismo, que encadena la persona a su pasado... Para él libertad significa fuerza creadora pero amarrada, en el hombre... Por lo tanto, el propósito de la psicoterapia humanista es ayudar al consultante a desatar esa fuerza llamada libertad, para permitirle comprometerse en la propia tarea de su autorrealización" (Rogers, en Gondra, 1986).

Referencias

- Frankl, V.F. (1991). El hombre en busca de sentido. Ed. Herder. Barcelona.
- Goble, F. (1977). La tercera fuerza: La psicología propuesta por Abraham Maslow. Ed. Trillas. México.
- Maslow, A.H. (1988). El Hombre autorrealizado. Kairós y Colofón. S.A. México.
- Rogers, C.R. (1996). Libertad y Creatividad en la educación. Eds. Paidós Ibérica.
- Sartre, J.P. (1992). El existencialismo es un humanismo. Perspectivas. Barcelona.

Jorge Arturo Pérez Pérez

Colombiano

Médico-Cirujano UdeA, Especialista en Gestión de la Calidad Universitaria USB, estudios en Biomedicina y Bioética Clínica.

Secretario del Comité Central de Bioética de la USB Colombia-Medellín

LA BIOÉTICA Y LA INVESTIGACIÓN CON SERES HUMANOS

Simposio

Introducción

Desde la Declaración de Helsinki 2000, se intensificó y amplió un conflictivo debate que ha cuestionado muchos aspectos de la ética de investigación con seres humanos. La polémica incluye el uso de placebos, la aplicación del concepto de equiponderación, la distinción entre ética de investigación y ética clínica, así como la diferencia entre ensayos terapéuticos y no terapéuticos. La presente ponencia insiste en fortalecer todos los argumentos, parámetros y estrategias de investigación que sean necesarios para proteger a los paciente-probados, ante todo el mantenimiento de la mejor terapia existente, el rechazo del uso de placebos, la aplicación de la equiponderación, la preservación de requerimientos terapéuticos más allá del estudio y la compensación a comunidades-huésped en la medida que ellas hayan facilitado y apoyado la investigación. La propuesta de establecer un doble estándar de ética de investigación en seres humanos, una de máximos para países desarrollados y otra de mínimos pragmáticos a aplicar en países de desarrollo precario, debe ser rechazada por contravenir las intenciones de universalizabilidad de toda prescripción ética (Kottow,2005).

Analizaremos los temas de la ciencia macabra, los psicólogos, los médicos, los ingenieros como conejillos de indias, la conducta inmoral en técnicas de investigación con seres humanos, la bioética y la tecnociencia.

La ciencia macabra

El florecimiento de las ciencias naturales, la medicina, las matemáticas y la tecnología en la segunda parte del siglo XIX y la primera mitad del XX, hizo que Alemania llegara a ser la meca internacional de la ciencia y la investigación.

Pero, los científicos nazis exploraron los campos de concentración buscando seres humanos que le sirvieran como ratones de laboratorio, ejerciendo solamente el papel de verdugos sin tener en cuenta las mínimas normas éticas de investigación en humanos, sino también realizando acciones sádicas que no tenían nada que ver con la investigación.

Estas actividades se iniciaron en 1939 y se mantuvieron hasta el final de la guerra en 1945, período dentro del cual los científicos mantuvieron con vida a ciertos grupos de personas a las que consideraron con "*vidas inútiles*" como judíos, gitanos, retardos mentales, homosexuales y los que sufrían de enfermedades incurables, a quienes maltrataron hasta extremos insospechados.

Hítler permaneció en el poder durante 12 años y tres meses, dejando a Alemania sumida en ruinas y con una página negra en la historia de la humanidad difícil de borrar y entender por las nuevas generaciones (Ardida, 2006).

Los profesionales como conejillos de Indias

A lo largo de la historia algunos médicos han experimentado en carne propia por el bien de la humanidad. Estos son algunos de ellos.

Ratones, simios y todo tipo de animales han sido sacrificados en nombre de las vidas humanas que han sido salvadas por cuenta de los adelantos de la medicina moderna. Sin embargo, no sólo los animales han sido sacrificados en la construcción de la medicina. Numerosos hombres a lo largo de la historia han pagado en carne propia el precio de la ciencia.

Algunos investigadores se inocularon virus ante la falta de evidencia proveniente de los experimentos con animales. Es famosa la inoculación voluntaria del médico inglés John Hunter, a mediados del siglo XVIII. Para confirmar su hipótesis sobre el origen común de las enfermedades venéreas más importantes de su tiempo, la sífilis y la gonorrea, se auto inoculó materiales de un enfermo gonorréico (Fracapani de Cuitiño, 1997).

La Conducta Inmoral en Técnicas de Investigación con seres humanos

Antes de la Segunda Guerra Mundial, existían normas sobre experimentación en seres humanos; se habían dictado en Alemania para experimentación en seres humanos y aplicación de nuevos medicamentos, y exigían consentimiento del sujeto o representante legal. No se respetaron para judíos, gitanos, polacos y rusos, ni en los “campos de concentración”. Esto originó que en 1946 se hiciera el juicio de Nüremberg, que fue el que dio origen a los principios básicos que deben tenerse en cuenta a fin de satisfacer las exigencias morales, éticas y legales. Así, el Código de Nüremberg, en el primer punto, sostiene que el consentimiento voluntario del sujeto es absolutamente esencial. En la redacción de este código, se utiliza *voluntary consent, no informed consent* (Fracapani, 1997).

La bioética y la tecnociencia

A pesar que el panorama presente y futuro no es muy placentero, tenemos esperanza de salir adelante si nos concientizamos de nuestra responsabilidad y, con una actitud bioética, colaboramos para no propiciar los aumentos de la entropía (desequilibrio).

Y recordemos que debemos unirnos en la colosal lucha contra los intereses mezquinos del modelo desarrollista del Neoliberalismo Capitalista que socavan el planeta y sus especies. Podemos recordar que Albert Einstein, considerado el científico más importante del presente siglo, dedicó los últimos años de su vida a actividades pacifistas, apesadumbrado por los peligros que entrañaba para la humanidad la energía atómica sin control y la carrera armamentista (Barrera, 1999).

Conclusión

Einstein empezó a meditar en las aplicaciones de sus investigaciones desde un punto de vista ético, al final de su vida, ¿Debemos nosotros esperar al ocaso de las nuestras para hacernos estas reflexiones? ¿Podemos disociar la reflexión bioética del escenario de la praxis del desarrollo socioeconómico basado en el progreso de la Tecnociencia? (Barrera, 1999).

Referencias

- Ardila, E. (2006). Adolfo Hitler el profeta sanguinario. Bogotá: revista SINBATA, vida de médicos. ISSN 19003404, julio-agosto, pp.28-31.
- Barrera de Aragón, M. (1999). La energía y la entropía en el Horizonte de la Ecología Humana. Bogotá: CEJA.

Fracapani de Cuitiño, M. (1997). Bioética, limitaciones de tratamiento. Argentina: LUMEN p.48-49.

Kottow, M. H. (2005). Conflictos en ética de investigación con seres humanos (http://biblioteca.universia.net/irARecurso.do?page=http%3A%2F%2Fwww.scielo.br%2Fscielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS0102-311X2005000300020&id=1308049).

Recuperado de Internet el 20 de enero de 2007.

Lucila Cárdenas Niño

Colombiana

Psicóloga (1999). Universidad Santo Tomás

Especialización. Gestión Para el Desarrollo Humano en las Organizaciones

Universidad de la Sabana. 2002

Maestría en Bioética. Universidad El Bosque. 2008

Docente e Investigadora, Escuela de Psicología, Facultad Ciencias de la Salud

Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC).

**LA COMUNICACIÓN COMO PARTE IMPORTANTE EN LA TOMA DE DECISIONES Y
RESPECTO POR LA AUTONOMÍA EN PROCESOS DE INTERVENCIÓN E INVESTIGACIÓN
PSICOLÓGICA
Simposio**

La reflexión sobre el tema de la comunicación como parte importante en la toma de decisiones y respeto por la autonomía en procesos de intervención e investigación psicológica es el resultado del trabajo realizado sobre el sentido del consentimiento informado en los procesos de intervención en el contexto psicológico (Cárdenas, 2008). Esta reflexión tiene como énfasis comprender la comunicación como un proceso interactivo que respeta la autonomía de una persona al momento de decidir si acepta la intervención psicológica y/o la participación en una investigación.

El tema de la autonomía y su importancia como un derecho responde a un escenario histórico de la Modernidad, según Simon Lorda(2002) del concepto de sujeto moral racional con autonomía para gobernar su propia vida, sus propias creencias religiosas, sus propias convicciones políticas a las necesidades generadas en un momento donde en el contexto médico se caracterizaba por establecer relaciones paternalista, es decir, donde los profesionales eran jueces que decidían que era lo mejor para sus pacientes, en una actitud impositiva y poco asequible para preguntar y conocer sobre una realidad médica.

La autonomía es un estado natural que no puede provenir de fuera del sujeto, sino que es el propio hombre, actuando racionalmente, el que tiene que dársela a sí mismo, este sería el inicio de una vida más o menos democrática. (Couceiro,1995, p. 135)

Según O'Neill(2002, p 29), desde una perspectiva Kantiana la autonomía de la voluntad es el único principio de todas las leyes morales y de los deberes. Kant nunca hablaba de una autonomía propia o de personas autónomas, el siempre hablaba de una autonomía de la razón y de la autonomía de la voluntad, el no veía a la autonomía como algo que algún individuo tenía en mayor o menor grado que otro. La autonomía Kantiana es manifestada en la vida, en la cual los deberes son conocidos, en la que hay respeto para los otros y sus derechos, más que en una vida sin obligaciones

Kant en su imperativo categórico dice: *“Elegir solo de tal forma que tus elecciones sean también incluidas como leyes universales”*. (O'Neill, 2002, p30). Lo anterior quiere decir que tener voluntad no es lo mismo que querer, de tal forma que tener voluntad no es solamente una cuestión de formulación de un principio universal; la autonomía rechaza toda acción que cause daño y explotación.

En este sentido, se podría decir que no hay verdadera autonomía sino existe una voluntad libre de cualquier presión o coerción, esto implicará que las personas posean el suficiente conocimiento

para deliberar frente a una situación, de lo contrario la decisión perderá el sentido de libertad y estará supeditada a una confianza ciega, en otro que con pleno conocimiento indicará el camino a seguir independientemente de lo que pueda ocurrir y de los intereses que pueda tener.

La asimetría en las relación paciente/usuario - profesional, junto a la idea y significado erróneo que hemos dado a la autonomía con el uso del consentimiento informado, en el contexto psicológico, son una fuente que desencadena una profunda desconfianza en el profesional, porque a través de relaciones frías, distantes y en una actitud impositiva, poco democrática, implícitamente se está desconociendo los derechos ciudadanos para participar activamente en un proceso que debería ser democrático y autónomo porque es su estado emocional - psicológico que está en juego; y aunque las personas no reconocen sus derechos para tomar decisiones con respecto a su participación en una investigación o intervención psicológica, la forma como se accede al sujeto genera cierta incertidumbre porque aunque se informa del procedimiento a seguir no hay un verdadero proceso de comunicación que facilite espacios de intercambio de información que permitan preguntar y llegar a acuerdos sobre lo que se va a hacer y cuando los resultados de una intervención o investigación no son los esperados por el individuo entonces viene la desconfianza y pérdida de credibilidad en el profesional.

O'Neill (2002) plantea que la confianza ha sido tema de discusión, porque nos hemos quedado más en lo que las personas pueden percibir como confiable o no confiable y se ha dejado de lado la importancia que deberán tener las prácticas sanitarias para generar confianza, es decir, unas prácticas, que se caractericen porque existe comunicación entre las partes, hay intercambio de información, elaboración, aclaración y ampliación del conocimiento, herramientas importantes para que la persona pueda tomar una decisión libre enmarcada en relaciones cálidas que implícitamente reconozcan derechos como la autonomía y respeto por la dignidad humana.

Referencias

- Cárdenas, L., (2008). Sentido del Consentimiento Informado en el Contexto Psicológico. Trabajo de Maestría. Universidad del Bosque.
- Couceiro, A.,(1999), Bioética para clínicos, *El consentimiento informado y la participación del enfermo en las relaciones sanitarias*. Madrid, Editorial Triacastela.
- O'Neill, O. (2002). *Autonomy and Trust in Bioethics*. Cambridge. University Press.
- Simón, P. (2000) *El consentimiento informado. Historia, teoría y práctica*. Editorial Triacastela, Madrid.

María Victoria Rodríguez Escobar

Colombiana.

Psicóloga de la Pontificia Universidad Javeriana con Maestría en Bioética de la Universidad El Bosque. Cuenta con varias especializaciones relacionadas con aspectos sociales comunitarios como son Docencia Universitaria, Bioética, Orientación Educativa y Desarrollo Humano.

Su experiencia profesional la ha llevado a desenvolverse con propiedad en áreas como el desarrollo humano empresarial y comunitario, participar en investigaciones de carácter social comunitario y desempeñarse como docente en las áreas de Educación, Desarrollo personal y Profesional, Ética, Deontología profesional y Prácticas Profesionales.

Fue presidente de la Unidad Colegial El Bosque durante el período 2006-2008. Actualmente se desempeña como Profesor Asociado de la Universidad El Bosque y es Magistrada Departamental del Colegio Colombiano de Psicólogos.

¿ES POSIBLE FORMAR EL CRITERIO ÉTICO EN EL ESTUDIANTE DE PSICOLOGÍA?**Simposio**

La ponencia tiene como objetivo mostrar la importancia de la formación de un criterio ético en el estudiante de Psicología por las implicaciones sociales que tiene el ejercicio de la profesión y proponer diferentes alternativas que podrían facilitar esta tarea en el contexto universitario.

El tener que responder por sus actos es una característica de lo humano porque al ser dotado de un componente emocional, con la posibilidad de razonar y contar con un libre albedrío se torna, de acuerdo a sus comportamientos, en una fuerza de construcción o destrucción de sí mismo y de su entorno.

Es responsabilidad de la Universidad utilizar todos los recursos necesarios para contribuir a que el estudiante desarrolle un criterio ético que le permita tomar sus mejores decisiones enmarcadas en principios universales y dirigidas hacia el mayor bien individual y colectivo. Ayudar a potencializar e internalizar en el estudiante universitario ese criterio ético contribuye a darle un uso adecuado a ese saber disciplinar que adquiere a través de su formación.

En esta ponencia, se entiende el criterio ético como la capacidad que tiene la persona para tomar una decisión ética enmarcada en parámetros de bien común, en situaciones donde las consecuencias implícitas en la misma afectan no sólo a quien decide sino también a las personas involucradas en la situación y a la sociedad donde se desenvuelve el profesional.

Para construir este criterio, es necesario que la comunidad universitaria interiorice la ética como parte fundamental de su vida. Para facilitar este proceso se propone: asumir en la cotidianidad universitaria los valores que sustentan las diferentes Instituciones formadoras de Psicólogos; la formación de una mirada Bioética en el estudiante; la concepción de ser humano integral como componente fundamental de la dignidad humana; el conocimiento por parte del profesorado tanto de los postulados de la Misión y Visión de la Institución como del Plan de estudios del Programa de Psicología, que llevan implícitos unos ideales y propuestas para responder adecuadamente a las necesidades de la sociedad; el conocimiento y la reflexión tanto por los profesores como por los estudiantes sobre la Ley 1090/2006 que reglamenta el ejercicio de la Psicología en Colombia; los postulados propuestos por la Asociación Americana de Psicólogos para la toma de decisiones

éticas, son insumos que puestos en reflexión y debate pueden fortalecer una mirada crítica y constructiva en el docente para ayudar a construir el perfil propuesto del profesional de Psicología. Otro insumo que se destaca es el trabajo conjunto de los profesores en cada asignatura del Plan de Estudios donde la ética debe ser una base sustentadora y transversal de los contenidos estudiados junto con estrategias y didácticas que promuevan el aprendizaje significativo.

Los anteriores argumentos muestran que es posible ayudar a la formación de un criterio ético en el estudiante de Psicología. Propongo e invito a las Facultades de Psicología a revisar los planes de estudio y a mirar la transversalidad con que se asumen aspectos éticos desde las diferentes asignaturas. El currículo oculto es la forma de vivir la Universidad desde las actuaciones que se dan en el día a día y transmiten unos valores y comportamientos que debemos revisar para fortalecerlos o cambiarlos, según el caso, y así, ayudar a que el estudiante de Psicología se fortalezca en un criterio ético claro que le permita tomar mejores decisiones.

Referencias

- Canter, M., Bennett, B., Jones, S., Nagy, T. (1996). *Ethics for psychologists. A commentary on the APA ethics code*. Washington, D.C. American Psychological Association.
- Castillo, S. y Cobrerizo, J. (2006). *Formación del profesorado en educación superior. Didáctica y currículo*. España. Mac Graw Hill.
- Bolívar, A. (2005). El lugar de la ética profesional en la formación universitaria. Ensayo temático. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*. RMIE. vol 10, 24, 93 -123.
- Díaz-Barriga, F. Hernández, G. (2006) *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Una interpretación constructivista*. México, D.F. Mac Graw Hill
- González, A. Maquínez, G. (2007). *Valores éticos para la convivencia*. Bogotá, D.C. El Buho. 7ª reimpresión.
- Ley 1090 de 2006 "Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el código deontológico y Bioético y otras disposiciones". Congreso de Colombia.

Martha Elena Ardila

MS. Bioética. Psicoterapeuta Sistémica y Familiar, Psicóloga, Licenciada en Psicología Educativa, énfasis en consultantes con problemáticas socialmente relevantes (Adicciones, SIDA y Suicidio). Experta consultora capaz de gestionar de modo eficaz los Comités de Ética de la investigación y propiciar la creación de Comités de Atención Primaria de la salud, facilitar la formación de recursos humanos que estructuran un sistema de salud efectivo y equitativo desarrollando acciones técnicamente apropiadas y éticamente sustentables. A partir del trabajo realizado estoy en capacidad de organizar y gestionar Comités Institucionales de Bioética desarrollar e implementar investigación en problemáticas socialmente relevantes con énfasis en Bioética Clarificar problemas y buscar soluciones lo mas razonables y aceptables posibles, insertar sensibilidad mas solidaria y colectiva, resolver problemas concretos que surgen en el ámbito de las relaciones entre profesionales de la salud, los consultantes y la sociedad.

Conferencista en áreas de educación y salud; experta en orientación, asesoría, consejería, terapia y psicoterapia para individuo, pareja y familia; investigadora y asesora de investigaciones en las áreas organizacional, clínica, social y educativa.

**LAS VOCES DEL SILENCIO: CONVERSACIONES ACERCA DEL SUICIDIO: UNA
MIRADA DESDE LA BIOÉTICA
Simposio**

La muerte es una parte natural de la vida que todos debemos afrontarla tarde o temprano. Creo que son dos actitudes las que adoptamos ante ella mientras vivimos: elegimos no pensar en ella, o bien podemos hacer frente a la perspectiva de nuestra propia muerte, reflexionando con claridad sobre ella, tratando de reducir al mínimo el sufrimiento que puede producir, es evidente que a la mayoría de nosotros nos gustaría tener una muerte apacible, por lo tanto si deseamos morir bien debemos aprender a vivir bien, manteniendo la esperanza de una muerte apacible, debemos cultivar la paz en nuestra mente y en nuestra manera de vivir. Pero la muerte es imprevisible: ignoramos cuando y como ocurrirá, solo en el caso del suicidio donde estas actitudes se podrían cambiar ya que es totalmente prevenible, debemos, por lo tanto tomar ciertas precauciones antes de que se produzca realmente causando tanto dolor, sufrimiento a los individuos y a los sobrevivientes.

Desde hace ya más de dos décadas se viene constatando con mayor claridad el profundo impacto que tienen el suicidio en el devenir de las sociedades alrededor del mundo, de ahí que con mayor vehemencia los organismos multilaterales insistan en la necesidad de dar forma a respuestas políticas de carácter integral, que permiten reducir la carga que representan estos trastornos y mejorar las capacidades del Estado y la sociedad para hacerles frente, además de los costos económicos cifrados en miles y millones de dólares, que son a simbólicos en relación a los costos emocionales, ante el sufrimiento y duelo de aquellas personas que se vean relacionadas

El suicidio y los intentos de suicidio son fenómenos muy complejos que surgen de manera muy individualista, de la acción reciproca entre factores biológicos, psicológicos, psiquiátricos, sociales, constituye un problema muy complejo relacionado con esquemas de pensamiento y comportamiento conformado por multitud de fuerzas en el interior de los individuos, las familias y las comunidades, pero que puede preverse y prevenirse con el fin de reducir la mortalidad morbilidad, rompiendo así con actitudes como negación, estigmatización, silencio, exclusión, rechazo, discriminación y hasta los prejuicios, tabúes, Constituye un problema de salud pública,

es una de las principales causas de muerte en todo el mundo, pero en gran medida prevenible, que provoca casi la mitad de todas las muertes violentas, y se traduce en casi un millón de víctimas al año. Las estimaciones realizadas indican que en el 2020 las víctimas podrían ascender a 1,5 millones. , acorde con la Organización Mundial de la salud (OMS).[\[1\]](#)

La presente investigación aborda desde la perspectiva de la bioética el tema del suicidio, entendiendo esta como una disciplina "dialógica" cuyo elemento esencial es el dialogo o puente entre los saberes científicos en torno a la vida , el suicidio , la muerte, y los saberes humanistas centrados en la ética, lo cual se ha constituido en un lugar de reflexión que aborda de manera coherente los dilemas y conflictos que se presentan cuando se trata de conversar el tema del suicidio, teniendo en cuenta que el suicidio es la consecuencia de un complejo grupo de factores, es un fenómeno de origen multideterminado, y un problema clínico complejo que requiere un enfoque multidimensional ya que no existe una forma única que nos permita convertir las conversaciones desde el silencio en conversaciones a voces para su medición, tratamiento e intervención. Las revoluciones científicas, tecnológicas, culturales y políticas del siglo XX Y XXI influyen el ser humano, el cual se apropia de su devenir con anticipación al futuro en el presente entonces: **¿Por qué estamos enfrentando un incremento de suicidios con edades de mayor incidencia entre los jóvenes y el adulto mayor cuando nos enfrentamos a avances tecno - científicos que supuestamente aseguran prolongar la vida y mejorar la calidad de vida?**

El propósito de este trabajo es presentar el abordaje del suicidio, desde la perspectiva Bioética, entendiendo la bioética como una disciplina "dialógica" no un monologo abstracto ,cuyo elemento central es el dialogo o puente entre los saberes científicos en torno a la vida y la muerte, y los saberes humanistas, centrados en la ética, la cual se ha constituido en un lugar de reflexión que aborda de manera coherente y pertinente el tema , dialogo que permite tender puentes entre las personas, disciplinas, intereses sociales y racionalidades,. con el fin de sensibilizar a los miembros de la comunidad científica y a los profesionales de la salud sobre los derechos de las personas, la ética del ambiente, los problemas de equidad y la justicia en el acceso de los recursos y los desafíos que en cada región del mundo , planteando así el desarrollo de las tecnociencia ,dentro de un modelo de transdisciplinaridad, que involucra la esperanza entendida como la expectativa por el mejoramiento de la calidad de vida, con el fin de enriquecer la ciencia como bien cultural y ponerla al servicio de la convivencia humana. **Si logramos un aumento en la concienciación, y la disminución de la estigmatización, las violaciones de derechos humanos estaremos enfrentando transformar conversar desde Las Voces del Silencio en Conversaciones a Voces.**

Con frecuencia encontramos programas en salud pública encaminados a reducir la frecuencia de muchas enfermedades de la infancia. Sin embargo, me pregunto ¿no sería un fracaso de salud pública salvar a nuestros niños de esas enfermedades, permitiendo verlos víctimas de la violencia intrafamiliar, o ya mayores de su pareja, o de las guerras y los conflictos, o por lesiones auto infringidas victimas del suicidio?, creo que el reto debe ser erradicar en lo posible los comportamientos suicidas que tan enraizados están en nuestra cultura, y generalizados en nuestra sociedad, desbaratando las esperanzas del desarrollo económico y social, ya que muchos de nosotros que convivimos con la violencia y el suicidio casi a diario la asumimos como consustancial a la condición humana.

Para muchos, permanecer a salvo consiste cerrar puertas y ventanas y así evitar los lugares peligrosos, para otros hace parte de su vida cotidiana, y no hay forma de evadir esta realidad especialmente en lo referente al suicidio el cual ha sido históricamente una constante en las

relaciones de los individuos , no solo de la pareja, sino de la familias, de los vecinos, de los colegios, de las iglesias, porque desde diferentes maneras estamos involucrados, pero se encuentra oculto detrás de esas puertas, de los salones de clase, de las bancas de las iglesias, de los entornos laborales, de los computadores, de los ojos de los demás, porque hoy, más que nunca, produce vergüenza conversarlo , presentándose miedo angustia , rabia , tristeza hasta sentimientos de haberle faltado a Dios.

Para aquellos que viven en medio de guerras y conflictos, el suicido toca todos los aspectos de la vida. Creo que en este momento, en el lugar preciso en que usted se encuentra, hay una casa que lleva su nombre “Usted es el único propietario, pero hace mucho tiempo que ha perdido las llaves. Por eso permanece fuera y no conoce más que la fachada. No vive en ella.

Esa casa albergue de sus recuerdos más enterrados, mas rechazados, es su cuerpo, hace parte de las relaciones que usted eligió algún día **con amor** y que como dice el dicho popular “si las paredes oyesen” sería más fácil conversar, sólo abriendo las puertas de nuestras casas, de nuestras relaciones, que de alguna manera “**si oyen**”, pero que guardan un profundo silencio, para ti, para los demás, para los otros, lograremos que esas paredes que lo han oído todo y no han olvidado nada, logren que el adormecimiento, las crispaciones, la debilidad y los dolores de los músculos de la espalda, del cuello, de las piernas, de los brazos, del corazón y también los de la cara y en los del sexo, se revele toda su historia individual, de pareja de familia desde el nacimiento hasta el día de hoy.”¹

Sin siquiera darse cuenta desde los primeros meses de vida usted reacciona a los secretos familiares a las presiones familiares, sociales, morales, “ponte así”, “no digas nada”, “NO cuentes lo que está pasando”, “Pórtate bien, recuerda de esto no se conversa ni con tu mejor amiga”, solo son amenazas de adolescente, todos los dicen cuando esta con rabia, ¿quién no ha pensado en quitarse la vida? O nos está manipulando, recuerda que de ese tema no se habla ya que “la ropa sucia se lava en casa”; confundido, acepto, y se acostumbro a no decir nada.

Para conformarse, tuvo que deformarse aceptando lo que los demás le decían que hacer, pero que en el fondo de si mismo rechazaba. Lentamente se decía “así es la vida”, y que le voy a hacer entre los males el menos peor, hay problemas más graves que el mío”. Hoy sabemos que si se puede hacer algo, y que cada uno de nosotros podemos hacer algo, pero no solos sino en relación con los demás, sin importar cuál es el método o enfoque que manejemos, pues nunca es demasiado tarde para liberarse de la programación del pasado histórico, descubriendo así posibilidades todavía insospechadas, ya que “**existir significa nacer continuamente**”, y que constituye un reto en muchos terrenos.²

El suicido nos obliga a ir más allá de nuestros conceptos de lo aceptable y de lo cómodo, para cuestionar la idea de que los actos suicidas no son solo cuestiones de intimidad familiar o de elección individual, o bien aspectos inevitables de la vida, son problemas complejos, relacionados con esquemas de pensamiento y comportamientos conformados por múltiples fuerzas en el seno de nuestras familias, parejas y comunidades, fuerzas que pueden traspasar las frontera de

¹ Ardila M, Las voces del silencio, Resis de grado para optar al título de Maestría en Bioética 2003.

² Ibíd.

nuestras casas, de nuestras comunidades, de nuestro país ,pues allí donde persiste el suicido la salud corre peligro.

Hemos olvidando el respeto de los derechos humanos, y los principios de **Autonomía, Justicia, Beneficencia, No Maleficencia, de Responsabilidad** que hace regencia al despliegue por compromisos en igualdad de conocimientos para todos los países, de **Solidaridad** o búsqueda de la equidad para contribuir en igualdad de condiciones, de **respeto** o reconocimiento a las diferencias y particularidades de los demás, de **Ponderación** para ponderar los hallazgos pero no en igualdad de condiciones para valorar no desproporcionadamente a las cosas más insignificantes, dejando de ponderar las cosas relevantes como la salud y la vida, de **armonía** ,de **Precaución** o el debido cuidado que debe tomarse para el hacer, cuando hay peligro de daño grave e irreversible, entre otros. Debemos partir del amor a la vida entendido como respeto a los demás, dando paso adelante al cuidado de las relaciones humanas de pareja, y familia ya que “no debemos perder la vista al bosque por ver el árbol”.

Sugiero una postura reflexiva a través de un análisis exhaustivo del tema: " El análisis busca, con responsabilidad solidaria, llegar a consensos donde prime el respeto por la dignidad humana y la vida en general ,basados en los principios de beneficencia , justicia, autonomía y no maleficencia tanto presente como venidera: la finalidad será de generalizar actitud reflexiva y de compromiso, protegiendo la vida en toda su extensión , tratando de mantener un equilibrio medioambiental, que favorezca a las generaciones futuras la elección de su modalidad y calidad de vida, buscando consenso en el disenso, que presupone un esfuerzo por entender y comprender al otro, por respetar su modalidad y buscar puntos de acercamiento, y aunque no opinemos igual, encontrar un campo común , permitiendo un juego de diversidades, centrado en el respeto por la dignidad de la persona y por la vida en toda su extensión, con sentido de responsabilidad solidaria y respeto de los derechos humanos". Que nos permita acercarnos a el conocimiento y el querer saber acerca del fin que se quiere lograr y las consecuencias que puede conllevar determinada acción, en este caso el suicidio y la muerte; en el saber clínico enfocado este hacia el mejoramiento de la acción diagnostica y las intervenciones terapéuticas, siendo este un acto libre, un acto que cuenta con la total autonomía del individuo en la toma de su decisión

Por otro lado, se hace evidente la necesidad de promover un cambio cultural que modifique las cusas estructurales que siguen manteniendo el suicido como una forma de resolver conflictos, a través de abordajes “diferentes”, que todos debemos conocer, ya que a pesar de esto el suicido sigue siendo una constante en la vida de un gran número de individuos en todo el mundo y nos afecta de un modo u otro a todos.

Referencias

- Ardila M, **Las voces del silencio**, Resis de grado para optar al título de Maestría en Bioética 2003
- Andolfi, M Claudio, A **tiempo y mito en la psicoterapia familiar**. Buenos aires, Paidos. 1997.
- Bateson, G, **Pasos hacia una Ecología de la Mente**, Buenos Aires, ediciones Carlos LOHLE.1992.
- Bertalanffy, L.: **Teoría General de los Sistemas**, México, Fondo de Cultura Económica, 1976,
- Brockman J., Bateson, G.: **About Bateson, U.S.A.**, John Brockman Associates, Inc., 1977.

- Drag E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R; **Informe mundial sobre la violencia y la salud**, Organización Panamericana de la salud, Washington, 2003.
- Flores, C, E. **Las transformaciones Sociodemográficas en Colombia**: Tercer Mundo edita. Bogota. 2000. (pag35).
- Guerin P.: **Family Therapy: Theory and Practice**, New York, Gardner Press, 1978.
- Hoffman, L.: **Foundations of Family Therapy**, U.S.A., Basic Books, 1981,
- Jackson, D, D. D. Jackson, **"El problema de la Homeostasis de la Familia"**, **Comunicación, Familia y Matrimonio**, Buenos Aires, Nueva Visión, 1977
- Keeney, B.: **Estética del Cambio**, Buenos Aires, Ed. Paidós, 1987,
- Elkaim. M. **Si me amas no me ames**. Buenos aires. Gedisa. 1998.
- Haz Paz. Política Nacional de Construcción de Paz y Convivencia Familiar. **Masculinidades y violencia intrafamiliar**. Bogota, 2001.
- Haz Paz. Política Nacional de Construcción de Paz y Convivencia Familiar. **Reflexiones sobre violencia de pareja y reflexiones de género**. Bogota, 2001.
- Pearce WB, **Communication and the human condition**, Southern Ill University Press, 1989
- Perez Barrero Sergio. **Psicoterapia del Comportamiento Suicida**. Cuba, Psicom Editores, 2007.
- Pittman, f. **Mentira Privadas**, Amorroto, 1994.
- Maturana, H., Varela, F.: **De Máquinas y Seres Vivos**, Chile, 1972, Ed. Universitaria.
- Maturana, H, Varela, F :**El Árbol del Conocimiento**, Santiago, Ed. Universitaria, 1984
- McGoldrick M, Geson R, **Genograms in family assessment**; Ed Norton, New York, 1985
- Family Process, vol. 21, n* 2, **"What is an Epistemology of Family Therapy?"** 1982, Weeks, g.
- Hof, I. **Integrative solutions**. Brunner –Mazel. New York. 1995.

Ricardo Salamanca

Psicólogo Clínico Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Mg. Bioética Universidad del Bosque;
Esp. Familia Universidad de la Sabana; Estudiante de teología.

IMPLICACIONES BIOÉTICAS EN LA INTERVENCIÓN DEL COMPORTAMIENTO ADICTIVO

Conferencia

Acercarse a las adicciones, implica necesariamente preguntarse por algunas cuestiones de orden teórico-clínico y bioético esenciales, que amplían la visión del carácter multidimensional de la problemática. La integración de nuevos saberes es un intento de abordaje paralelo al desbordamiento del fenómeno de la conducta adictiva, que desde el marco de relaciones sociales va más allá de la dependencia o el abuso y el control mismo de la conducta. Independientemente de las diferentes estructuras y modelos terapéuticos estos parten de la intención de buscar un bienestar en el individuo, desde la eliminación, reducción o control de dicha conducta, estas estrategias de intervención orientan de forma importante el tratamiento, articulado por el supuesto de niveles progresivos de desintoxicación, aceptación y cambio personal, que garantice su recuperación integral, pero ¿qué implica esto para el que busca su rehabilitación?

Las diferentes propuestas de intervención se orientan a lograr movilizar al sujeto hacia la toma de decisiones, que favorezcan una modificación en los patrones de consumo, teniendo en cuenta el autocontrol, la modificación ambiental, el desarrollo de nuevas habilidades o el refuerzo de las mismas. Estas propuestas de intervención son fruto de una orientación epistemológica, dos grandes vertientes se presentan: una concepción médico-científica en Daytop EEUU y la otra de tradición oral-empírica Proyecto Hombre 2000 de Italia, de esta última en las décadas de los 80 y 90, se han derivado variaciones del modelo de Comunidad Terapéutica. Estas visiones epistémicas suponen un concepto de “persona” vinculado con la conducta adictiva, 1) ver a la persona psicológica y fisiológicamente incapacitada, enfermo, pasivo ante ella, 2) como carente de libertad y limitado para tomar decisiones, requiere de estrictos niveles de control, o 3) entendida a partir de una historia familiar y social que facilitó y precipitó dichas conductas, estableciendo contingencias, 4) finalmente como débil y frágil, necesitado de ayuda espiritual, premio y castigo a partir de la conversión.

Otras variables son las relaciones duales establecidas aplicando derechos-deberes, estas relaciones por sí mismas no son el tema, lo son el desconocimiento o ignorancia de principios derivados de ésta, guardando estrecha relación el bajo nivel de efectividad, y la percepción y evaluación de aquellos que han participado, como usuarios y los familiares, son voz de cuestionamiento terapéutico y ético, frente a la voluntariedad, veracidad, claridad, confidencialidad, fidelidad a las promesas, en relación a un principio medular a respetar y garantizar, la “Autonomía” cuya regla es el “Consentimiento Informado”, garantía mínima de un proceso calificado y unas acciones cualificadas de toda acción profesional.

El consentimiento informado se ha consolidado como una herramienta ética indispensable al momento de abordar un tratamiento, cambiando el paradigma de la visión paternalista médico-paciente; es posible afirmar que el consentimiento informado como tal, plantea un reto de primer orden a los profesionales de la salud, ya que se convierte en una herramienta que garantiza en

primer instancia los derechos del consultante y delimita el actuar del profesional dentro del marco de la relación terapéutica.

La forma sobre cómo se orientan las acciones terapéuticas en el proceso de toma de decisiones al realizar una conducta de búsqueda o no, supone el reconocimiento de la capacidad de elección en la persona. Toma gran valor entonces la información dada, el consentimiento, la retroalimentación y concertación como parte esencial del proceso, que incluye incidencias y recaídas por parte de quien actúa sobre su elección de consumo, ya que el nuevo repertorio aún no está consolidado.

El más moderno de los principios de la bioética es el de autonomía, ya que surge como consecuencia de un concepto de ser humano que implica la idea de libertad personal. En este sentido el concepto de autonomía tiene implicaciones que exigen armonizar las contradicciones y conflictos, referentes a la capacidad de tomar decisiones de las personas como profesionales sanitarios.

Una propuesta de respeto por la autonomía en el adicto, es la de deconstruir el concepto que se tiene del paciente o enfermo como una patología y reconfigurar la conducta adictiva de la identidad del consumidor, como una persona, capaz de reflexionar y generar nuevas relaciones morales, en las que tiene presente el alcance de sus derechos y los niveles de obligación. En el marco de la discusión de cuál es el nivel de Competencia vs. su Autonomía y Libertad, no es de suponer que solo puede ser atendido aquel que así lo expresa, y no el que por otro medio ingresa o más aún, aquel que por presión terapéutica se le condiciona la ayuda al ingreso a un programa. Así, el argumento de ayuda no puede traspasar el derecho a elegir la ayuda misma. La motivación entonces difiere del concepto de coacción interna, como consecuencia del efecto adverso del consumo.

Transdisciplinariedad de la conducta adictiva

El aumento en el índice de consumo de sustancias psicoactivas entre adolescentes (Pérez, 2000) y las consecuencias disfuncionales, a nivel individual, afectivo y social-laboral, integran variables BIO-PSICO-SOCIAL-CULTURALES que requieren acciones de carácter inter-disciplinario y trans-disciplinario, en espacios de diálogo de partida nuevos como el de la bioética. Sea cual sea la explicación causal desde la cual se parta es necesario una nueva construcción del concepto de conducta adictiva y modos de intervención. Por lo que no será asunto de unos pocos profesionales que abordan a la persona de manera fraccionada de acuerdo a su campo, sino de construcción de un saber transdisciplinario, no para el consenso, sino para el reconocimiento y defensa del maravilloso universo del ser humano, es decir para sentir, pensar y actuar desde una bio-ética.

Rosa Elena Martínez
Colombia

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PSICOTERAPIA Simposio

Se suele entender, el consentimiento informado, como el proceso realizado oportunamente, mediante el cual se brinda información relevante, clara comprensible y veraz, para que el consultante pueda decidir en forma libre, frente a cualquier diagnóstico o procedimiento terapéutico. Se requiere que el consultante tenga competencia o capacidad para decidir. En este proceso participan el profesional de la salud y el consultante.

En la reflexión ética, surgió inicialmente en torno a la investigación acerca de los abusos de los médicos en los campos de concentración alemanes durante la Segunda Guerra Mundial. Aparece en el Código de Nuremberg en 1947, como requisito de investigación con sujetos humanos, el consentimiento voluntario, se requiere que sea “voluntario, competente, informado y comprensible”. Más tarde surge la idea de que también es un proceso central a la práctica clínica. Con su aparición en el marco de respeto a los derechos, supuso una revolución en el campo de la relación médico paciente que paso de una relación paternalista a una tendencia más autónoma e individual en la década de los 70, para luego entrar en el campo de las decisiones compartidas como mejor procedimiento, a partir de la década de los 80. Se fundamenta en el principio bioético de respeto por la autonomía de las personas.

Desde la bioética, Simon Lorda, propone dos niveles, nivel1, el de una ética de mínimos, deberes ético-jurídicos de obligación perfecta, donde están los principios de no- maleficencia y justicia, nivel 2 ética de máximos donde se encuentran los principios de autonomía y beneficencia deberes de obligación imperfecta, pertenecientes al ámbito de la pura excelencia. Tanto los profesionales como las instituciones tendrían la obligación de obtener un consentimiento informado de nivel 1 y de nivel 2. La teoría legal del consentimiento informado enfatiza en la obligación del profesional sanitario de respetar las decisiones del paciente y la evitación de actitudes paternalistas coaccionadoras, mientras que la teoría ética del consentimiento informado se ha basado más en que se le dé al sujeto la posibilidad de participar, de expresar lo que siente que es mejor para él o ella.

Autonomía. Desde la modernidad, la autonomía se ha vuelto un concepto central en la concepción del ser humano. Se enfatiza en el hombre como ser libre. Actualmente se la ha interpretado como un derecho moral y legal; como un deber o un principio, la autonomía es una capacidad propia de los seres humanos para pensar, sentir y emitir sobre lo que consideran apropiado; es un rasgo que pueden tener los individuos en mayor o menor grado. La autonomía dentro del presente contexto, presenta un doble aspecto, por un lado es un principio bioético que sustenta el Consentimiento Informado y por otro es meta terapéutica.

Torralba (2002) presenta cuatro niveles que expresan el principio de autonomía de un modo gradualmente complejo:1)como ausencia de coacción externa 2) como libertad de elección 3)como elección basada en la racionalidad de un consentimiento informado 4)como elección basada en el reconocimiento y asunción de determinados valores morales autoelegidos. En estos niveles estarían comprendidas las condiciones requeridas: libertad, información y capacidad de elección.

Psicoterapia y aplicación del Consentimiento Informado. Diferentes formas de psicoterapia proponen distintas visiones del ser humano dependiendo del enfoque al que pertenezcan y esto también influye en el rol que se cumpla dentro de la relación terapeuta paciente y las expectativas

con respecto a cada uno y las metas terapéuticas que se propongan. Es necesario aclarar estos puntos desde el comienzo de la psicoterapia. Algunos puntos de tensión que se enfrentan son: la aplicación del Consentimiento Informado y la forma de concepción de la psicoterapia que limitaría la cantidad de información que pueda darse sobre naturaleza de los procedimientos, alcances y previsión exacta de los resultados. Cuánta información y de qué clase se puede dar? Puede ocurrir que el consultante se prevenga ante determinado tipo de información por veraz que sea sobre sí mismo, que no está preparado para comprender o aceptar.

Si la competencia del consultante estuviera en entredicho por el problema que le aqueja, o si fuera un menor, habrá otra persona responsable que lo represente recibiendo esta información y decidiendo en su nombre. El consentimiento resume la voluntad del consultante, de contratar, aceptar o rechazar una práctica, después de haber sido informado por el profesional tratante. Representa un contrato entre estas dos partes y debe adjuntarse a la historia clínica como documento. El carácter de voluntariedad se incumple cuando es solicitada la firma desde la autoridad del profesional, o cuando no se cuenta con el suficiente tiempo para que el consultante o sus familiares puedan reflexionar y tomar la respectiva decisión, después de haber recibido la información clara, veraz y comprensible.

Son conocidos los puntos mínimos para el Consentimiento que van desde la evaluación del problema, objetivos del tratamiento, riesgos posibles y beneficios esperados, confidencialidad hasta libertad de retirarse.

El solo hecho de firmar, no implica que el consultante haya comprendido, interiorizado, ni menos aún reflexionado sobre su significado. Puede ser un acto que pasa desapercibido sin ver o entender sus consecuencias o implicaciones.

En la literatura y exploración sobre el tema se han encontrado ventajas como refuerzo de la autonomía, mayor responsabilidad del consultante con su tratamiento, protección a los pacientes contra el control de la información que se presenta algunas veces en la psicoterapia, así como aportar información sobre tratamientos alternativos que pueden traer confianza y aumentar la autonomía del consultante, aclaración de los derechos de terminar o interrumpir la terapia y disminución de efectos regresivos, evitando la imagen del terapeuta como alguien omnisapiente y omnisciente.

Se han encontrado desventajas, como: el consentimiento informado tiende a unificar las prácticas psicoterapéuticas, desconociendo las características de este campo, la multiplicidad de escuelas y concepciones de tratamiento. Puede ser visto como un instrumento de control y tendencia a la uniformidad, reemplaza la alianza terapéutica por una posición legalista, y parece fomentar la idea de que los pacientes son destinatarios pasivos del tratamiento. El consultante podría alegar la coacción en caso de necesidad, aceptando esta condición (al firmar) para poder ser escuchado.

Desde la bioética, se proponen elementos como la confianza y el permiso que evitarían la visión legalista. Cada psicoterapia basaría su proceso de consentimiento en las particularidades de sus presupuestos teniendo en cuenta el respeto por la autonomía del consultante y la parte legal o nivel 1 se cumpliría a través de un formato general con requisitos mínimos.

Referencias

- Franco, A. Mendoza, N. Mora, M. (2004) *El consentimiento informado en Psicoterapia*. En: Revista Colombiana de Psiquiatría Año 40 Vol. XXXIII No. 2.
- Kottow, Miguel (2007) *Participación Informada en Clínica e investigación Biomédica*. Las múltiples facetas de la decisión y el consentimiento informado. No. 4. Red Bioética UNESCO .
- Simon Lorda, P. (2002) *Problemas prácticos del consentimiento informado*. Fundación Víctor Grifols, Cuaderno No.5.

Torralba Roselló, F.(2002) Ética del cuidar, fundamentos, contextos y problemas. Institut Borja de Bioética. Fundación MAPFRE Medicina, 272 p.