

**FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

**TRABAJO FINAL INTEGRADOR
“Diagnosticar en psicoterapia”**

Autor: Mongiat, Pablo Ernesto
Tutor: Dra. Ramos Mejía, Gabriela
Buenos Aires, Argentina, 16 de diciembre de 2016

Índice

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. OBJETIVOS.....	4
2.1. Objetivo general.....	4
2.2. Objetivos específicos.....	4
3. MARCO TEÓRICO.....	4
3.1. El proceso diagnóstico.....	4
3.1.1. ¿Qué es diagnosticar en psicoterapia?.....	4
3.1.2. Elementos del diagnóstico.....	6
3.1.3. El dispositivo de admisión.....	8
3.1.4. La transmisión del diagnóstico.....	12
3.2. Diferentes enfoques sobre el diagnóstico	14
3.2.1. El diagnóstico en la TCC.....	14
3.2.2. El diagnóstico en Psicoanálisis.....	16
3.2.3. El diagnóstico en otras corrientes terapéuticas.....	17
3.3. La ética del psicólogo.....	19
3.3.1. Principios y normas en psicoética.....	19

3.3.2. Conflictos éticos. Diferentes formas de abordarlos.....	22
3.3.3. Normativa aplicable. Leyes y códigos de ética.....	24
3.3.4. El consentimiento informado	25
4. MÉTODO.....	27
4.1. Tipo de estudio.....	27
4.2. Participantes.....	27
4.3. Instrumentos.....	27
4.4. Procedimiento.....	28
5. DESARROLLO.....	28
5.1. Posición frente a la transmisión del diagnóstico.....	28
5.2. Conocimiento sobre la normativa vigente.....	32
5.3. Principios y criterios de decisión en la elaboración y comunicación del diagnóstico.....	35
5.4. Conflictos éticos en la elaboración y comunicación del diagnóstico.....	40
5.5. La formación profesional y la pertinencia de la transmisión del diagnóstico.....	46
6. CONCLUSIONES.....	48
7. Referencias bibliográficas.....	54

Diagnosticar en psicoterapia

1. INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Final Integrador se basa en la práctica profesional realizada en una institución privada del área de Salud Mental ubicada en el Gran Buenos Aires. Esta institución brinda a la comunidad asistencia, diagnóstico y tratamiento, con orientación cognitivo conductual, su objetivo declarado es atender a las demandas de su zona de influencia tanto a nivel individual, como comunitario e institucional, con especial atención al ámbito clínico o educativo y la misión de ofrecer atención integral a las personas.

La práctica tuvo lugar específicamente en el departamento de admisión de la institución, donde se llevan a cabo las entrevistas a las personas que se acercan a consultar, se elabora un diagnóstico y se decide la forma de responder a la demanda de cada caso individual.

La actividad principal de la práctica consistió en participar de entrevistas de admisión a sujetos que querían comenzar un tratamiento psicoterapéutico. Luego de realizada la entrevista, el profesional a cargo evalúa si la institución puede responder adecuadamente a las necesidades del consultante y, en caso afirmativo, decide cuál es el profesional más indicado para tratar a esa persona, teniendo en cuenta la problemática de la misma y el estilo del terapeuta, entre otras variables.

En las entrevistas observadas se constató que, en la mayoría de los casos, se le comunica al consultante su diagnóstico presuntivo y las posibilidades de tratamiento existentes para su afección, así como también la posibilidad de realizar interconsultas con un psiquiatra, si así lo requiriese el caso.

A partir de estas observaciones, el tema de este trabajo final integrador surgió del interés por conocer la posición que adoptan los profesionales del servicio frente a la transmisión del diagnóstico al inicio del proceso terapéutico, así como los principios y criterios con los que fundamentan esa posición y los que aplican al ponerla en práctica. Todo esto considerando que la ley establece el derecho del paciente a ser informado de todo lo concerniente a su salud, como medio para otorgar o negar su consentimiento al tratamiento propuesto. En relación con esto último, se decidió indagar también acerca del conocimiento que los profesionales tienen de la normativa aplicable. Por último, se incluyeron en la investigación los problemas que pueden surgir al afrontar la transmisión del diagnóstico y las formas en que los profesionales los abordan.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Analizar la transmisión del diagnóstico al inicio de un proceso terapéutico en una institución con orientación cognitivo conductual

2.2. Objetivos específicos

Conocer la posición de los profesionales que se desempeñan en una institución con orientación cognitivo conductual respecto de la transmisión del diagnóstico.

Indagar acerca del conocimiento que los profesionales tienen de la normativa relacionada con la transmisión del diagnóstico.

Describir los criterios y los principios profesionales a los que recurre el profesional al realizar y transmitir el diagnóstico.

Identificar cuestiones problemáticas en la elaboración del diagnóstico y su comunicación al paciente.

Analizar la influencia de la formación profesional en la toma de posición frente a la pertinencia de transmitir o no el diagnóstico al paciente.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. El proceso diagnóstico

3.1.1. ¿Qué es diagnosticar en psicoterapia?

En el marco de la medicina, la psicología clínica y la psiquiatría, el diagnóstico es un proceso de inferencia, basado en la evaluación de los signos y síntomas que forman un cuadro clínico, que tiene como objetivo principal definir la enfermedad que afecta a un paciente. El diagnóstico es fundamental para la prescripción de un tratamiento que permita cumplir con la finalidad de brindar atención adecuada ante un problema de salud. Si el diagnóstico es equivocado la probabilidad de actuar inadecuadamente es alta, e incluso se puede agravar la condición del paciente (Capurro N & Rada G, 2007).

Cuando se trata de salud mental, no es posible contar con criterios externos de validación del diagnóstico. No existen aún, si es posible que existan, test de laboratorio que confirmen o refuten un diagnóstico de manera clara y terminante. Consecuentemente, en este campo el diagnóstico es el resultado de la aplicación del conocimiento, las habilidades y la experiencia de los profesionales de la salud. Esto hace que el mismo se constituya en un problema intrínseco de la clínica (Kaplan, Sadock & Sadock, 2000).

La Psicología Clínica, como campo de especialización de la Psicología, aplica los conocimientos y técnicas de ésta al estudio del comportamiento que supone algún trastorno para la propia persona y/o para otros. El psicodiagnóstico es el proceso por el cual se identifica el trastorno, la condición psicopatológica, no sólo para explicar lo que le ocurre al paciente, sino fundamentalmente para planificar un tratamiento. Este proceso implica técnicas y modelos que constituyen métodos de diagnóstico, modelos psicopatológicos que se encuentran en la base de tales modelos y procedimientos psicoterapéuticos que están a su vez vinculados con la forma en que se aborda la psicopatología (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos, 2003).

Lo anterior nos lleva a considerar que todo proceso de diagnóstico implica una forma de concebir lo patológico que tiene como contrapartida necesaria una comprensión del funcionamiento normal de la persona. Ahora bien, los sistemas de diagnóstico más extendidos y de uso oficial tanto en la clínica psicológica como en la psiquiatría (CIE y DSM) se caracterizan por ser ateóricos. Ellos no ofrecen una explicación de las causas y los mecanismos por los cuales la enfermedad se produce, sino que reconocen la multicausalidad de la gran mayoría de los trastornos; y para lograr un sistema clasificatorio capaz de permitir la comunicación entre distintas corrientes y tradiciones, se limitan a diferenciar dichos trastornos en función de los signos y síntomas que se pueden observar (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos, 2003).

Esta forma de concebir el diagnóstico responde al modelo médico, y debido al prestigio de este último se ha convertido en dominante en los países centrales y en buena parte del mundo. En este modelo los psiquiatras son considerados como médicos especializados en el tratamiento de enfermedades mentales, y en este marco el diagnóstico tiene la función de identificar el trastorno del paciente ubicándolo dentro de una categoría basándose en la evaluación de la información recolectada. Por otra parte, en psicoanálisis y en los modelos psicodinámicos derivados de él se supone que el paciente puede beneficiarse de un tratamiento aún cuando no se realice un diagnóstico en términos de trastorno. En la práctica clínica psiquiátrica los diagnósticos pueden recurrir tanto al modelo médico como al psicoanalítico, considerando las características de cada paciente individual. Así, habrá pacientes para los cuales se pueda establecer un diagnóstico categorial y que puedan beneficiarse de una terapia cognitiva, comportamental, o un tratamiento farmacológico, mientras que otros podrán ser considerados candidatos para una terapia psicodinámica (Kaplan, Sadock & Sadock, 2000).

En la actualidad, y sobre todo a partir de la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM 5] (APA, 2013) se ha generado una controversia acerca del diagnóstico en salud mental. En los Estados Unidos, país que desde hace años marca la tendencia en este campo, se ha producido un viraje que otorga un lugar más importante a los descubrimientos de la neurociencia, comenzando por la definición del trastorno mental como resultado de trastornos biológicos que involucran distintos circuitos cerebrales. En Europa, por otra parte, la reformulación del diagnóstico se

orienta a enfatizar el valor social de la actividad psicológica, proponiendo una reformulación del rol del psicólogo (Benito, 2013).

Todo lo anterior nos lleva a considerar que el diagnóstico en psicoterapia, el lugar que ocupa en el proceso de tratamiento del padecimiento de las personas que consultan y la importancia que adquiere en el contexto de la relación terapéutica son cuestiones abiertas que admiten múltiples respuestas de acuerdo con el paradigma adoptado por el profesional que tiene la responsabilidad de llevarlo a cabo. En consecuencia, la resolución de estas cuestiones está sujeta a controversias que ponen en juego diferencias teóricas y metodológicas, e involucran también el modo en que se enfrentan los conflictos éticos que surgen a partir de la inscripción de la práctica profesional psicológica en un contexto histórico en el que la salud mental recibe mayor atención de los actores involucrados en la salud pública, y los derechos del paciente se suman a los ya reconocidos.

3.1.2. Elementos del diagnóstico

A pesar de las diferencias en las concepciones del diagnóstico, al considerar los elementos que constituyen este proceso pueden identificarse ciertas etapas que tienen validez más allá del modelo que se adopte (Capurro N & Rada G, 2007). Ellas son:

- a) Generación de hipótesis diagnósticas
- b) Refinamiento de las hipótesis diagnósticas
- c) Verificación del diagnóstico

Desde la primera entrevista con un paciente, el profesional comienza a plantearse hipótesis diagnósticas. A partir de estas hipótesis podrá elaborarse un diagnóstico presuntivo, que iniciará el proceso destinado a concluir en un diagnóstico definitivo. Los métodos para la generación de hipótesis diagnósticas varían sustancialmente según el modelo teórico y psicopatológico asumido, e incluso presentan diferencias entre profesionales adscriptos al mismo modelo. Puede recurrirse a una aproximación gestáltica e intuitiva, a métodos heurísticos que permiten simplificar el proceso de evaluación, o incluso recurrir al conocimiento de la prevalencia para fundar una conjetura a partir de los síntomas y signos que se pueden observar en el paciente (Capurro N & Rada G, 2007).

Estas primeras hipótesis diagnósticas podrán ser refinadas luego incorporando nueva información a la inicial. En medicina es el momento en el que cobran fundamental importancia los análisis de laboratorio y las técnicas de evaluación por imágenes (Capurro N & Rada G, 2007).

En el caso de la clínica psicológica y psiquiátrica, el avance de las neurociencias y el desarrollo tecnológico han permitido identificar algunos marcadores biológicos que proveen información para comprender la fisiopatología de determinados trastornos. En este sentido, las pruebas neuroendócrinas permiten detectar alteraciones que en los últimos años se han identificado como importantes marcadores para ciertos trastornos, como ocurre con el cortisol y la dexametasona en el caso de la depresión (Bustamante Quiroz, 2009).

En el mismo registro, la evaluación neuropsicológica, que ha tenido un notable desarrollo en las últimas décadas, ha cobrado importancia como parte del proceso diagnóstico en psiquiatría desde que se comprobó la existencia de déficits cognitivos en muchos trastornos mentales (Bustamante Quiroz, 2009).

Por otra parte, al asumir la multicausalidad de los trastornos mentales, algo ya mencionado, cobra fuerza la importancia de la triangulación, es decir la combinación de métodos para la obtención de datos. En este contexto, la evaluación neuropsicológica puede aportar modelos e instrumentos particulares para la evaluación. Para que la evaluación psicológica y la neuropsicológica se beneficien de un trabajo articulado, es necesario que esta última sea considerada con una mirada que vaya más allá de lo cuantitativo, para incluir en el análisis los procesos involucrados, el tipo de errores y las estrategias de los sujetos que se pueden observar durante la evaluación. La integración y complementariedad de los enfoques puede abordarse desde distintas perspectivas y con diferentes objetivos. En cuanto a los aportes que la evaluación neuropsicológica puede realizar al proceso diagnóstico tal como ella es se encuentra el enriquecimiento de la comprensión de las manifestaciones de un paciente; pero también puede ayudar a mejorar la calidad y validez de los instrumentos y técnicas de evaluación (Leibovich de Figueroa & Schmidt, 2008).

La verificación de las hipótesis, si bien puede considerarse como la última fase del proceso diagnóstico,

es un momento que comienza a hacerse presente desde que se han elaborado las primeras hipótesis, en la orientación del camino que se toma para obtener nueva información. La verificación no debe interpretarse únicamente en un sentido positivo; a la hora de reducir la incertidumbre, los resultados de un test, o cualquier técnica de evaluación puede estar en función de aumentar la probabilidad de una hipótesis o, por el contrario, de llevarla a un nivel mínimo que permita descartarla, modificando el diagnóstico inicial. El objetivo último es alcanzar un punto en el que se considere fundadamente que ya no es necesario realizar nuevas evaluaciones, y que corresponde iniciar un tratamiento acorde con el diagnóstico resultante. Esto es lo que se denomina *umbral terapéutico*, y la determinación de este umbral de decisión no es algo fijo, sino que varía entre las distintas patologías, e incluso entre paciente y paciente (Capurro N & Rada G, 2007).

3.1.3. El dispositivo de admisión

Considerándolo en toda su extensión, el proceso de diagnóstico comienza desde el momento en que una persona acude a un consultorio particular o al de una institución pública o privada solicitando ayuda. La diversidad de motivos por los cuales alguien puede solicitar asistencia es muy grande, casi tan grande como la que corresponde a las condiciones en las que llega a la consulta. Muchos pacientes vienen de tratamientos anteriores, algunos más o menos exitosos y otros fallidos. Esto es algo que indudablemente influirá en sus expectativas y en la actitud que tengan frente a un nuevo tratamiento. Cada vez son más los pacientes que acuden a consultar después de haber hecho otros tratamientos o con un tratamiento farmacológico en curso. En este último caso suelen tener temor de dejar la medicación, aún cuando ya no les resulte efectiva. Esto se agrava además por la práctica de la automedicación, o la prescripción de psicofármacos por profesionales de la salud que no tienen formación en psiquiatría. Todas estas cuestiones complican el proceso diagnóstico si no son debidamente consideradas. Para manejar adecuadamente un panorama de tal complejidad es necesario contar con un dispositivo de admisión preparado para ello (Fernández Álvarez, 2015).

En este contexto, la admisión puede ser entendida en términos de proceso, incluyendo la entrevista al consultante, el análisis de su contenido, la selección que el terapeuta hace del material obtenido a partir de este y de los exámenes adicionales que considere necesarios, y la derivación a un tratamiento determinado. Desde esta perspectiva, un proceso de admisión exitoso es aquel que culmina con el consultante iniciando un tratamiento (Menéndez, Acosta, Bodon & Mayorga, 2010).

Aunque como práctica social institucionalizada se asume que la admisión tiene la finalidad de determinar la derivación del paciente a un tratamiento específico (París, Car & Doffo, 2006), la complejidad que la demanda tiene en la actualidad requiere que el procedimiento de admisión adopte una actitud amplia y flexible, no asumiendo que su tarea consiste simplemente en elaborar un diagnóstico para iniciar una psicoterapia. En este sentido Fernández Álvarez (2015) advierte, a manera de recomendación, que no toda persona necesita una terapia para resolver sus problemas; a veces el paciente tiene recursos que simplemente no reconoce, y en otros casos puede ser mejor no iniciar un tratamiento en el momento en que se realiza la consulta.

Rubinstein (2014) considera esta posibilidad entre los resultados del proceso de admisión, junto con la iniciación de un tratamiento en el lugar en el que se realiza la misma y la derivación a otro servicio. Cualquiera de estas opciones debe surgir como consecuencia de un análisis de las características de la demanda y de los recursos disponibles para responder a ella.

En la práctica, y en parte como resultado de la diversidad de formas de abordaje de la salud mental, existen diferentes formas de organizar la admisión, que van desde un extremo en el que el procedimiento es más de tipo administrativo, hasta los servicios en que existe un equipo especialmente dedicado al proceso de admisión. En el caso de algunas instituciones psicoanalíticas, la entrevista de admisión está a cargo de un profesional que tendría posibilidades de iniciar el tratamiento con el consultante, buscando evitar problemas con la transferencia (Rubinstein, 2014).

Fernández Álvarez (2015) aconseja contar con un equipo de *pre admisión* para obtener el mayor provecho de la entrevista de admisión; este procedimiento aporta beneficios tanto para el trabajo del equipo de admisión como para los pacientes. La tarea de quienes forman este equipo es la de obtener de la persona que consulta, generalmente por teléfono, toda la información relevante para tener una primera orientación acerca de las características de la demanda. Además de los datos básicos de la persona, esta

información debe incluir el motivo por el que solicita la entrevista, el tiempo transcurrido desde que surgió la necesidad de la consulta, la relación con la persona que ofreció el contacto y los tratamientos realizados o en curso.

El equipo de admisión debe estar integrado, idealmente, por más de un profesional desempeñando distintas funciones: entrevistador, observador y evaluador. Generalmente el profesional a cargo de llevar adelante la entrevista es el que tiene más experiencia en la clínica y está en mejores condiciones para evaluar la urgencia de la demanda, indagar sobre cuestiones clave para un diagnóstico preliminar y, en caso de necesidad, realizar las primeras intervenciones terapéuticas (Fernández Álvarez, 2015).

No hay que olvidar que la entrevista de admisión, como fenómeno de comunicación, implica roles diferenciados y asimétricos, como sugiere lo anterior, pero ambos son totalmente complementarios. Al responsable de la entrevista se le reconoce en principio un saber profesional, y consecuentemente el derecho a conducir la entrevista y formular las preguntas que considere necesarias: el consultante es, en principio, el poseedor de la información necesaria para lograr el objetivo que la entrevista se propone, y al mismo tiempo que tiene el derecho de recibir la atención adecuada, tiene la obligación de compartir esa información con el entrevistador. Siempre es aconsejable que además del entrevistador haya un observador para chequear las hipótesis iniciales con él. La evaluación psicológica puede contar con un plan básico que se aplique a todos los pacientes, y una batería de estudios aplicables en situaciones complejas o frente a demandas específicas (París, Car & Doffo, 2006).

Fernández Álvarez (2015) presenta tres funciones cognitivas que deben ser exploradas en todo proceso diagnóstico: la rotulación, la atribución y la búsqueda. La primera parte del hecho de que la mayoría de los pacientes le dan un nombre a su padecimiento, la dificultad que una persona tenga para hacer esto es un indicador de la complejidad del problema. Las mayores dificultades suelen darse en pacientes cuya condición clínica es más compleja, como en estados confusionales o en procesos psicóticos.

La rotulación es uno de los aspectos más criticados del proceso diagnóstico. Desde el psicoanálisis, se considera que la práctica de aplicar un rótulo común a los pacientes que presentan síntomas similares, sin considerar las diferencias en sus padecimientos y en los contextos económico, social y cultural en que que están insertos, resulta un obstáculo para la profundización de las sutilezas que es necesario reconocer en la dinámica psíquica de un paciente (Sciletta, 2006).

El riesgo de estigmatización a que el paciente puede verse expuesto como consecuencia de la rotulación puede acarrearle problemas sociales, agravando su situación. Incluso puede impactar negativamente en sus posibilidades de tratamiento, como sucede en los casos en que la rotulación disminuye su autoestima (Beck, Freeman, et al., 1995).

Además, si el rótulo asignado se comunica al paciente puede tener otros efectos negativos si lo lleva a buscar por su cuenta información sobre él. La probabilidad de que esto suceda es mayor en una época en que Internet ofrece una fuente vasta y accesible de información. Sin el acompañamiento adecuado, esto puede aumentar la preocupación del paciente y llenarlo de temores. A pesar de esto, Fernández Álvarez (2015) sostiene que la rotulación sigue siendo útil, no tanto por la precisión que pudiera tener en función del diagnóstico final, ni por una supuesta necesidad de clasificación, sino para comenzar a ajustar los sistemas mentales de profesional y paciente en función de un trabajo conjunto.

La atribución se refiere a aquello que los pacientes identifican como causas de su problema. Para el análisis de esta función el profesional debe considerar tanto el *locus*, es decir si el origen de la situación se ubica en el exterior o en el interior, como la estabilidad mayor o menor que se percibe en la incidencia de aquello que se reconoce como causa del malestar, y el grado de control que el paciente cree tener sobre la situación. El conocimiento de cada uno de estos aspectos, además de jugar un papel en el proceso diagnóstico, aporta elementos para un pronóstico. Como ejemplo, pueden esperarse mejores resultados en un paciente que ubica el lugar de origen de sus problemas en su interior que en aquel que identifica la causa en factores externos que están más allá de su alcance (Fernández Álvarez, 2015).

Para la clínica psicoanalítica esto que aquí se llama atribución forma parte de la forma singular en que una persona vive su padecimiento, la explicación que puede darle o no, y la posición que toma frente a ello. En este sentido, lo que ocurra durante este primer encuentro entre el consultante y el profesional no es sin consecuencias. Desde esta perspectiva, es importante que el paciente se sienta escuchado, que su palabra tiene valor, y no que lo que dice es simplemente tomado como una información a ser analizada. Esto implica poner en juego la escucha analítica desde el primer momento, sin apuntar a un diagnóstico

objetivante (Rubinstein, 2014).

La última de las funciones a evaluar según Fernández Álvarez (2015), es la búsqueda. Para terminar de establecer si la condición del consultante amerita el inicio de una terapia es importante determinar la relación que existe entre aquello que lo afecta y lo que quiere lograr a partir de su consulta. Algunas personas podrán expresar con claridad, o incluso con detalle, aquello que esperan de un tratamiento, mientras que otros se mostrarán más confundidos y necesitarán del apoyo profesional para definir algún objetivo alcanzable. En la medida en que que el consultante pueda expresar sus expectativas respecto del tratamiento será más fácil establecer objetivos terapéuticos consensuados.

En el campo del psicoanálisis se relaciona con el concepto de demanda, que tiene un alcance más amplio que el significado acotado que adquiere en el caso de una consulta psicológica. En su sentido más general la demanda es un reclamo dirigido hacia un otro, y cualquiera sea el objeto que se espera recibir, es fundamentalmente demanda de amor, de reconocimiento. La demanda de análisis, por su parte, es lo que da inicio al verdadero trabajo analítico, y no consiste simplemente en el pedido que la persona hace al profesional de que lo libere de su problema. Cuando alguien se presenta demandado ser curado, el analista lo invita a desplegar esa demanda, a desarrollarla para encontrar una dimensión nueva detrás de su queja. De esta manera se busca abrir el campo de lo inconsciente, y que la demanda inicial, la queja, se transforme en demanda de saber, ordenándose sobre los ejes del deseo y el inconsciente para avanzar en el camino de la cura, que implica un cambio (Vucinovich, 2014).

3.1.4. La transmisión del diagnóstico

En ciencias humanas como la sociología o la antropología se han considerado las consecuencias que el diagnóstico médico tiene en la vida de las personas. En estudios antropológicos, por ejemplo, se lo ha definido como un ritual que organiza, legitima y da sentido al padecimiento de las personas, al mismo tiempo que enmarca la relación médico-paciente. En el campo de la investigación sobre la práctica clínica en psicología, en cambio, esta problemática ha sido poco abordada (Mantilla & Alonso, 2015).

Desde la antropología se reconoce que para la mentalidad médica más tradicional el objeto del diagnóstico se considera la *especie morbosa*, el tipo de enfermedad a la cual se pueda adscribir la dolencia del paciente. Si se puede establecer un nombre conocido a esa dolencia, añadiendo la forma clínica específica y alguna alusión a la constitución individual del paciente (edad, sexo, antecedentes), puede considerarse desde esta perspectiva que se ha cumplido adecuadamente con lo que se puede esperar de un diagnóstico. Antropológicamente, en cambio, se sostiene que, ante todo, la enfermedad es un estado vital, que implica un cierto modo de vida, mientras que las entidades que habitualmente se consideran como las enfermedades que una persona puede *tener*; no son más que tipificaciones de modos de estar enfermo. Agregar a esta tipificación alguna consideración sobre las variadas determinaciones de la realidad humana, como la edad, el sexo, la raza o el biotipo, no alcanza para captar la individualidad de un ser humano. Una mejor forma de considerar el diagnóstico sería comenzar por aceptar que la meta de un diagnóstico integral debe ser el conocimiento de un enfermo en tanto que persona enferma (Lain Entralgo, 1984).

Si dentro del campo de la medicina las cuestiones que plantea la transmisión del diagnóstico a los pacientes da lugar a toda una problemática, puede pensarse que en el caso de las disciplinas psi (psicología, psiquiatría y psicoanálisis), las controversias son aún mayores. Este campo se caracteriza por la diversidad de enfoques, concepciones antropológicas, teorías, formas de abordaje y sentidos que se le da a la práctica profesional. Ante esta complejidad, se plantea el interrogante por la posibilidad de resolver esta tensión entre unidad de campo y diversidad de disciplinas y enfoques, y la cuestión complementaria de encontrar formas de hacerlo sin recurrir a la imposición de un modelo único tomado de otras ciencias (Sulle et al., 2012).

En buena medida, la diversidad de formas en que se aborda la atención de la salud mental es condición de posibilidad del surgimiento de diferencias respecto del lugar que se otorga al diagnóstico en la práctica clínica y del valor que se le asigna a su comunicación al paciente. La decisión de informar o no al paciente sobre el diagnóstico y sus implicaciones y la forma y condiciones en las que se lo hará cuando se considere necesario estarán influidas por la concepción que el profesional tenga del proceso diagnóstico y por la influencia que le reconozca a su comunicación sobre la vida personal del paciente y sobre el tratamiento.

Desde una posición favorable a la transmisión del diagnóstico, Fernández Álvarez (2015) recomienda enfáticamente a los admisores no olvidar transmitir al paciente su propia definición del problema desde el momento de la admisión. Desde su perspectiva esto es fundamental para lograr una buena comunicación con el paciente, y puede contar como una primera forma de intervención en los casos en que el consultante se encuentra abrumado y confundido por sus problemas.

Rodríguez Sutil (1996) entiende que una devolución es obligatoria en el marco de una relación diagnóstica con el sujeto consultante, y no solamente por los principios éticos. Para este autor, el diagnóstico es un proceso dinámico e interactivo, que debe permitir al sujeto comenzar a elaborar aspectos de sí mismo poco conocidos, de manera que pueda participar activamente en el proceso, aportando información e incluso rechazando algunas de las afirmaciones del terapeuta. Esta apreciación del rol del consultante durante el proceso diagnóstico no tiene que ver con la inscripción en un paradigma que rechace la posición de saber del terapeuta, tal como sucedería con el psicoanálisis, ya que el autor sostiene, frente a existencialistas y humanistas, que el psicólogo cuenta con los medios para acceder a un conocimiento sobre ciertos aspectos de la persona que consulta que van más allá de lo que ella misma puede saber. Además, considera que ese saber es la base de un buen proceso terapéutico, y no solamente la experiencia humana que supone el contacto interpersonal.

En los casos en que se sostiene una postura favorable a la transmisión del diagnóstico, tanto éste como el pronóstico deben ser transmitidos al consultante de una manera clara. Esto no es una tarea fácil, ya que implica que el profesional traduzca el conocimiento que ha logrado adquirir acerca del problema que se le ha presentado del vocabulario disciplinar y técnico a un lenguaje accesible. De la comprensión y aceptación del diagnóstico por parte del consultante depende que pueda darse el paso hacia el trabajo de elaboración de objetivos terapéuticos (Fernández Álvarez, 2015).

Mantilla y Alonso (2015) realizaron un relevamiento de opiniones acerca de la transmisión de la información diagnóstica a los pacientes entre psiquiatras argentinos. Como resultado del análisis de las entrevistas determinaron que uno de los factores que más incide en la decisión de informar o no el diagnóstico a los pacientes es la orientación del profesional. Los entrevistados se dividían entre psiquiatras con orientación biológica y con formación en psicoanálisis. Si bien en todos los casos, y debido a la vigencia del modelo clasificatorio de diagnóstico en el abordaje psiquiátrico de la salud mental, los pacientes eran clasificados a partir de un diagnóstico psiquiátrico biológico, y la perspectiva psicoanalítica ocupaba un lugar subsidiario, aquellos psiquiatras que tenían orientación psicoanalítica se declararon en muchos casos renuentes a informar el diagnóstico a sus pacientes.

3.2. Diferentes enfoques sobre el diagnóstico

3.2.1. El diagnóstico en la TCC

Aunque los profesionales que comparten el mismo modelo teórico y forma de abordaje pueden tener matices marcados en su concepción del diagnóstico, en terapia conductual y cognitivo-conductual existe consenso acerca de la importancia de una evaluación, ya sea del comportamiento del paciente, de sus patrones de pensamiento o de ambos aspectos, para la elaboración de un diagnóstico que servirá de guía para el proceso de tratamiento y para la evaluación de los resultados (Corey, Schneider Corey & Callanan, 2007).

En terapia cognitivo conductual, específicamente, el diagnóstico es el insumo indispensable para la formulación del caso clínico y la definición consensuada de un plan de tratamiento (Caro Gabalda, 2007).

La conceptualización cognitiva aporta el marco necesario para comprender el problema del paciente. Para iniciar el camino hacia el diagnóstico el terapeuta buscará del consultante una descripción de sus problemas, de la forma en que se desarrollaron y de la persistencia que presentan. Fundamentalmente, el foco estará puesto en la identificación de pensamientos y creencias disfuncionales y en las reacciones (emocionales, fisiológicas y comportamentales) que aparecen asociados a dichos pensamientos. Pero también deberá indagar acerca de las predisposiciones y experiencias tempranas que podrían contribuir al problema, la forma en que ha actuado frente al problema, enfrentándolo o no, el tipo de mecanismos que ha puesto en práctica si lo ha hecho, y los factores que agravan sus problemas, o al menos interfieren con su capacidad para resolverlos (Beck, 2000).

La conceptualización cognitiva de los problemas del paciente comienza desde la primera entrevista, y se extiende durante todo el tratamiento. Consiste en encontrar los pensamientos automáticos, y las creencias (centrales e intermediarias) que los sustentan para definir la mejor forma de trabajar sobre el problema. Por supuesto que el diagnóstico no se reduce a esta conceptualización del problema que trae el consultante en términos del modelo cognitivo; también es necesario que el terapeuta considere las condiciones que llevaron al paciente al estado en que se encuentra en el momento de consultar por su problema, sus debilidades, y los acontecimientos vitales significativos (Beck, 2000).

Un procedimiento clave en la TCC es la llamada formulación clínica del caso. Se trata de una estrategia para abordar la organización de la información que se obtiene desde el inicio de un proceso terapéutico, con el objetivo de delimitar los problemas que presenta el consultante; establecer las variables que hipotéticamente inciden en la adquisición y mantenimiento del problema, y formular un plan de intervención que favorezca el cumplimiento de objetivos terapéuticos y metas clínicas (Quant, 2013).

La formulación clínica funciona como un mapa que orienta al terapeuta en la intervención sobre un caso, llenando el vacío entre diagnóstico y tratamiento. En este sentido, puede considerarse un vínculo entre la etiología y la descripción del problema, entre la teoría y la práctica clínica, y, por sus características, también entre la ciencia y el arte (Sim, Gwee & Bateman, 2005, citado en González Bravo, 2009).

En relación con la cuestión de la transmisión del diagnóstico que ocupa a este trabajo, Beck (2000) afirma la necesidad de controlar con el paciente las hipótesis que el terapeuta ha elaborado y la formulación del caso. El acuerdo entre paciente y terapeuta en este sentido, resulta fundamental para la Terapia Cognitiva, en la medida en que se propone un trabajo colaborativo en función de objetivos definidos conjuntamente.

3.2.2. El diagnóstico en Psicoanálisis

Si bien algunas corrientes derivadas del psicoanálisis, como la psicodinámica, participaron junto con otras perspectivas más cercanas a la psiquiatría biológica en la elaboración de criterios diagnóstico que pudieran ser compartidos por la mayor cantidad posible de profesionales del campo psi, otras, como el lacanismo, se opusieron en todo momento a la elaboración de diagnósticos categoriales basados en la consideración de los signos objetivos. Lacan (1976), en *Intervención sobre la transferencia*, caracteriza al psicoanálisis como una relación dialéctica de sujeto a sujeto, lo que implica una dimensión irreductible a toda forma de objetivación de las propiedades del individuo. La mera presencia del analista instala la dimensión dialógica, antes de cualquier intervención, e instala una relación que debe mantenerse alejada de la tentación de tratar al analizante como un objeto.

En este sentido, desde una perspectiva psicoanalítica, cuando se habla de diagnóstico el sujeto es una referencia ineludible. El establecimiento de un diagnóstico a partir de la mirada del profesional conduce a un *hetero diagnóstico*, en tanto es elaborado por un otro y la palabra del consultante sólo es considerada como vehículo de signos a interpretar (Soler, 2004; citado en Kopelovich, 2011).

Para el psicoanálisis no existe verdadera comprensión de una persona si no se accede a ella a través del análisis completo de sus vivencias personales y de las diversas facetas de su conducta en todas las áreas. En este sentido, se considera que privilegiar alguna de esas facetas en detrimento del resto implica una mutilación contraria al objetivo de comprensión. Aún un instrumento como la entrevista, con su riqueza abordajes, semiológico, comunicacional, simbólico, resulta insuficiente si se la utiliza con este enfoque (Bertini, 1981).

Históricamente, los psicoanalistas comenzaron a manifestar su desacuerdo con los criterios diagnósticos de la APA a partir de la tercera edición del DSM, cuando se eliminaron del modelo muchos conceptos e ideas fundamentales para el psicoanálisis. Uno de los motivos principales de las críticas fue la omisión de los fenómenos inconscientes de los criterios diagnósticos, para dejar solamente, como hasta hoy, los signos y síntomas observables. Consecuentemente, el diagnóstico comenzó a estar sujeto a lineamientos precisos para evaluar estos fenómenos, dejando de lado la asociación libre, fundamental para cualquier abordaje heredero de la tradición freudiana. De esta manera, el abordaje psicoanalítico se vio apartado del sistema clasificatorio para el diagnóstico hegemónico en el campo de la salud mental (Alarcón, 2009).

Mordoch, Gurevicz y Lombardi (2006) sostienen que el proceso diagnóstico psicoanalítico se diferencia

del diagnóstico psiquiátrico porque en sí mismo conlleva efectos terapéuticos, en la medida en que el proceso de diagnóstico psicoanalítico permite al sujeto determinar su participación en la etiología del síntoma que lo aqueja. Con respecto al diagnóstico estructural que caracteriza al psicoanálisis, los autores advierten que puede resultar perjudicial cuando se lo utiliza como una simple taxonomía, teniendo efectos peligrosos cuando a partir de esa clasificación el terapeuta adquiere una actitud excesivamente cuidadosa (ante una psicosis, por ejemplo) o por el contrario una despreocupada (ante una neurosis aparentemente sin importancia), en cualquiera de los dos casos tales actitudes están completamente injustificadas.

3.2.3. El diagnóstico en otras corrientes terapéuticas

Las terapias conductuales o conductistas representaron históricamente una alternativa a los tratamientos médico psiquiátricos, fundamentalmente basados en medicamentos y cirugía, y que partían de un diagnóstico categorial a partir de la evaluación de signos y síntomas que definían en conjunto un síndrome. En el marco de la teoría conductista, el diagnóstico es entendido en términos de análisis funcional de la conducta, que permite diferenciar entre conducta normal y anormal, justamente considerando la forma en que el comportamiento afecta al funcionamiento de un individuo (Belloch, Sandín & Ramos, 2008). La conducta anormal no se diferencia cualitativamente de la definida funcionalmente como normal, lo que implica dejar de lado el etiquetamiento. La anormalidad de las conductas no implica que una persona sufra una enfermedad mental determinada, debido a causas definidas, sino que expresan el funcionamiento defectuoso de ciertos sistemas psicológicos. El tratamiento parte entonces de un diagnóstico de la funcionalidad de las conductas exhibidas por el consultante que define de manera objetiva y operacional las variables que operan sobre esas conductas con el objetivo de modificar estas últimas a partir de la intervención sobre estas variables (Belloch, Sandín & Ramos, 2008).

En la línea contraria al etiquetamiento, y rescatando lo que consideran fundamental desde la perspectiva conductista radical, Fuentes Ortega y Quiroga Romero (2004), consideran que el análisis funcional de la conducta, clave para el diagnóstico en una terapia conductual, no es de ninguna manera *nomotético*, es decir no establece leyes generales ni siquiera en un sentido débil de generalización empírica, sino que es *ideográfico*, en la medida en que considera conductas concretas de un individuo singular. Constituye en cambio un saber teórico-práctico orientado a la predicción y el control del comportamiento de un individuo. En el marco de un proceso terapéutico, el análisis funcional de la conducta permitiría establecer las condiciones necesarias para modificar las conductas anormales.

La psicoterapia basada en la teoría de la Gestalt sostiene una visión de individuo que choca con la idea del diagnóstico psicológico, en tanto ve a la persona como un individuo único, irrepetible y responsable de sus actos. Acorde con esta línea, este tipo de terapia ha privilegiado la descripción fenomenológica por sobre los rótulos y clasificaciones, como una forma de resaltar la idea que los individuos no pueden ser comparados y contrastados entre sí (Yontef, 1995).

Desde esta perspectiva se considera que el diagnóstico debe formar parte de los instrumentos con los que el terapeuta cuenta para ofrecer a la persona que viene a consultar la mejor ayuda posible en el acompañamiento de su proceso vital (Cruz Zamora, 2008).

El motivo de consulta es lo primero que una persona ofrece cuando se acerca pidiendo ayuda. Es probable que no sea el núcleo real del conflicto, sólo la punta del iceberg de su historia personal, aún cuando sea la razón que lo impulsa a recurrir a un terapeuta, en la medida en que siente que no puede resolver el problema por sí mismo. En un abordaje en alguna medida similar al psicoanalítico, el terapeuta deber propiciar el autodescubrimiento del consultante de aquellas cuestiones que están en la base de su problema, recurriendo a preguntas en lugar de sugerencias y señalamientos (Salama Penhos, 2012).

El proceso diagnóstico en la psicoterapia gestáltica implica una búsqueda de significado a partir de la relación dinámica entre figura y fondo, que permite al terapeuta discriminar con mayor precisión y coherencia los elementos fundamentales en la realidad de cada paciente individual, para elaborar conjeturas acerca de aquello que está experimentando en su vida y de la forma en que reaccionaría ante distintas intervenciones (Yontef, 1995).

Este proceso implica una relación interpersonal, un proceso de intercambio comunicacional que implica el desarrollo de la confianza entre los involucrados en un marco de seguridad (Salama Penhos, 2012).

Las bases teóricas para el diagnóstico en este tipo de terapia son más amplias. Los terapeutas gestálticos

se permiten en más de una ocasión tomar e integrar diferentes herramientas teóricas para el diagnóstico, en la medida en que se mantenga la coherencia con los principios de la Teoría Gestáltica. Algunos de ellos incluyen elementos del psicoanálisis u otras vertientes, con la finalidad de estructurar un diagnóstico que beneficie al proceso terapéutico y que pueda ser compartido entre pares (Lazcano Pizarro, 2006).

El terapeuta ha de ser capaz de reconocer, desde el momento en que una persona entra en su consultorio, las características que se expresan, no sólo en los síntomas, sino también en los movimientos, el tono de voz y otros aspectos básicos de la conducta de la persona que acude a una terapia.

3.3. La ética del psicólogo

3.3.1. Principios y normas en psicoética

La complejidad de la sociedad que se fue configurando durante el siglo XX, y especialmente después de la Segunda Guerra Mundial, puso en crisis la creencia en la eficacia de las legalidades autónomas de los distintos ámbitos, económico, político, científico. Esto condujo a un giro ético que tuvo como manifestación principal el auge de la ética aplicada, es decir la parte de la ética orientada a resolver cuestiones prácticas (Bonilla, 2006).

Para poder resolver estas cuestiones es necesario captar la lógica y las particularidades del ámbito en el cual se presentan, por lo que la ética aplicada exige que los expertos en cada ámbito, en colaboración con quienes se dedican a la ética sean quienes se ocupen de ella y tomen las decisiones necesarias (Cortina, 2005).

La psicoética, entendida como el espacio dedicado a las cuestiones éticas derivadas de la actividad dentro de las disciplinas psi, es un campo que se ha abierto hace unas décadas dentro de la bioética, disciplina que toma por objeto los problemas éticos que surgen en la práctica de las ciencias de la vida, que incluyen a la psicología. Dentro del campo de la ética profesional, la psicoética se ocupa de los dilemas éticos que surgen en la relación que se establece entre las personas que consultan y los profesionales de la salud mental. En este sentido, adquiere una identidad propia en relación a la Bioética, ya que la relación que se establece entre un profesional de la salud mental y aquel que solicita sus servicios profesionales es una relación dual entre dos sujetos activos. Esta relación dialógica implica que no pueda reducirse la psicoética a la aplicación de una deontología profesional, entendida unilateralmente, como podría hacerse en otras profesiones. Es dicha relación diádica la que debe considerarse como objeto de estudio de la psicoética, y no solamente los aspectos directamente relacionados con la actuación del profesional en cuanto a sus deberes (Franca Tarragó, 2012).

Franca Tarragó (1996) presenta detalladamente los principios básicos de la psicoética, tomados de la bioética principialista. Ellos son: Beneficencia/No maleficencia, Autonomía y Justicia.

Con una primera edición de 1979, la obra de Beauchamp y Childress (1999) acerca de la bioética se convirtió en un texto de referencia no sólo en los Estados Unidos y Europa, sino en numerosos países. Allí desarrolla un sistema teórico práctico para resolver los múltiples problemas que se plantean en el campo de las ciencias de la vida y de la salud, presentando los cuatro principios que serán conocidos en adelante como los cuatro principios fundamentales de la bioética (Mir Tubau & Busquets Alibés, 2011).

El principio de beneficencia apunta a hacer el bien, es decir a actuar en beneficio de otros. Está íntimamente ligado al principio de no maleficencia enunciado en la máxima latina *primum non nocere*, que significa primero no dañar, y que se especifica como no hacer daño intencionadamente (Beauchamp & Childress, 1999).

Franca Tarragó (1996) considera que, conceptualmente, el no perjudicar no es sino la otra cara del principio de beneficencia. Según el autor el principio de beneficencia tendría tres niveles diferenciados: Hacer el bien, no provocando daño alguno, que sería el nivel más obligatorio y básico; hacer el bien ayudando a resolver cuestiones que tienen que ver con necesidades humanas básicas, algo ineludible cuando se responde a la demanda de una persona que viene al terapeuta con un problema; y hacer el bien considerando la totalidad de la persona, algo que tiene un nivel mucho menor de definición y que exige de la consideración de cuestiones específicas a cada caso.

Un problema que surge a partir del principio de beneficencia es el del paternalismo, entendido como la

actitud del profesional que, buscando hacer un bien al paciente, pasa por encima de su capacidad de decisión (León Correa, 2006). Esto nos lleva a otro de los principios de la psicoética: el de autonomía.

El de autonomía es uno de los principios que incorpora la Bioética a la ética médica tradicional, y se define como la aceptación del otro como agente moral responsable y libre para tomar decisiones. Una acción autónoma es aquella que se realiza intencionadamente, con conocimiento y sin responder a influencias externas (Beauchamp & Childress, 1999).

En el contexto de la atención de la salud, el ejercicio de la autonomía, por parte de los pacientes se realiza a través del consentimiento informado. Dos son los elementos fundamentales que pone en juego: la información y el consentimiento. El primero corresponde al profesional, que tiene la obligación de brindar al paciente toda la información que este quiera saber de una manera comprensible, y entonces podrá dar o no su consentimiento, sin presiones, ni abusos, siempre y cuando tenga la competencia para hacerlo. De esta manera se protege, en primer lugar, a los pacientes previniéndolos sobre riesgos y daños posibles, y también se beneficia a los profesionales e instituciones de la salud (Amaro Cano, Marrero Lemus, Valencia, Casas & Moynelo, 1996).

El principio de justicia reconoce dos aspectos de la misma: la justicia formal y la distributiva. La primera implica que las personas que tienen derechos iguales sean tratadas con igualdad, y aquellas que tengan diferentes derechos lo sean de manera diferenciada. La justicia distributiva refiere a la distribución equitativa de las cargas y responsabilidades en la sociedad (Beauchamp & Childress, 1999). Este principio está íntimamente ligado a la igualdad de oportunidades, considerado un principio fundamental en las sociedades democráticas, como garantía de la posibilidad de acceder a la salud, la libertad, el trabajo y la educación, entre otros bienes socialmente valorados (Franca Tarragó, 1996).

Derivadas de los principios éticos mencionados, las normas éticas establecen mandatos orientados a cumplir con tales principios y a brindar una respuesta satisfactoria a aquellas personas que acuden a los profesionales de la salud mental en busca de soluciones a sus problemas. Existen tres normas éticas aceptadas ampliamente y que reconocen la importancia de la calidad moral en la atención de las problemáticas mentales. Ellas son la confidencialidad, la veracidad y la fidelidad.

Es algo ampliamente reconocido que el profesional debe guardar secreto acerca de todas las confidencias que una persona pueda llegar a hacerle en el marco de la relación profesional. Los códigos de ética profesional lo reconocen, aunque en más de una ocasión señalan que no es un deber absoluto para el profesional. Existen muchos casos que enfrentan al profesional psi a considerar si corresponde responder a la norma de confidencialidad, o si existen razones que se imponen por sobre esta obligación (Franca Tarragó, 2003).

La veracidad refiere a la prohibición de mentir en la relación entre profesional y consultante. Entendiendo la mentira como la negación de la verdad que se debe a una persona, la norma de veracidad debería entenderse como el mandato de no omitir ninguna información que el paciente deba tener. La norma de veracidad, en este sentido, se relaciona directamente con el principio de autonomía, ya que las personas no pueden realmente tomar decisiones acerca de su futuro si no cuentan con la información necesaria para ello (Franca Tarragó, 2003).

La norma de fidelidad alude a una promesa, a un compromiso. En comparación con la norma de veracidad, puede decirse que la primera se aplica a hechos pasados o presentes, mientras que la fidelidad implica un compromiso con el futuro (Franca Tarragó, 2003). Cuando una persona se acerca a consultar por un problema psicológico, está confiando en que quien la recibe puede ayudarlo a resolverlo. Cuando, desde el diagnóstico y la consiguiente definición de un tratamiento, el terapeuta asume la responsabilidad de ayudar a alguien, hay una promesa implícita que es deber respetar.

3.3.2. Conflictos éticos. Diferentes formas de abordarlos

Los principios de la psicoética establecen parámetros para evaluar cuestiones problemáticas en la atención de la salud mental. Pero es inevitable que en muchos casos surjan conflictos entre estos principios.

Tal es lo que sucede, por ejemplo, con la norma de veracidad. En una primera lectura, si el terapeuta le oculta información al paciente, como puede ser la relativa a su diagnóstico, estaría faltando al cumplimiento de esta norma. Pero puede darse el caso en el cual el cumplimiento con este deber entre en conflicto con un principio ético, como el de beneficencia (Franca Tarragó, 2003). ¿Qué sucede si la comunicación de los detalles de un diagnóstico tienen un potencial efecto negativo sobre la vida del paciente? En este caso se plantea un conflicto que deberá resolver el profesional, en cuyo auxilio

pueden venir la psicoética y las normas establecidas en los códigos profesionales.

La psicoética diría que en estos casos es necesario atender a aquél principio que tenga mayor importancia, en este caso sería el de Beneficencia. Los códigos de ética, por su parte, no hablan generalmente de la regla de veracidad más que a través de la recomendación de brindar una información adecuada y veraz a los pacientes (Franca Tarragó, 2003). En cualquier caso, la resolución de los conflictos éticos requerirá de una respuesta personal del profesional, atendiendo a las características de cada caso.

Gracia Guillén (1999) propone un modelo para la resolución de los conflictos que parte de ordenar los principios éticos por su grado de obligatoriedad. En primer lugar aparecen los principios de no maleficencia (diferenciado en este caso de la beneficencia) y de justicia. De acuerdo con este modelo estos principios deben ser respetados en todos los casos, y por eso deben ser los primeros en ser considerados. Si se verifica que no están en riesgo estos dos principios, se atiende entonces a los principios de autonomía y beneficencia, que están en un mismo nivel de importancia e íntimamente relacionados, ya que el bien que se pretende hacer debe ser considerado tal por la persona. Cuando alguno de estos principios, por ejemplo el de autonomía, entre en conflicto con uno de los fundamentales, el profesional deberá inclinarse por estos últimos. Un ejemplo de este tipo de situación conflictiva sería el caso en que la comunicación de alguna información relativa al diagnóstico tuviera un probable efecto negativo sobre la salud y la calidad de vida del paciente. En esas circunstancias el profesional puede, actuando éticamente, colocar en un segundo plano el principio de autonomía para evitar ocasionar un daño.

Otra forma de abordar los conflictos éticos que pudieran surgir en la práctica psicológica y psiquiátrica es la llamada ética de la protección o ética del cuidado. Desde esta perspectiva, la guía fundamental de la acción éticamente orientada es la protección de las personas, reconociendo en ellas su estado de vulnerabilidad. Esta idea, tomada de la filosofía de Ricouer es la contracara de la autonomía, entendida como capacidad que se despliega en tres dimensiones: el poder decir, el poder obrar ejerciendo influencia sobre otros protagonistas de la acción y el poder elaborar una narración aceptable de la propia vida. La vulnerabilidad se expresa como incapacidad en cualquiera de las tres dimensiones, afectando la subjetividad y las posibilidades reales de ejercer la autonomía (Bonilla, 2006).

La ética de la protección se basa en esta concepción para entender la bioética y la psicoética en particular. En sentido estricto, apunta especialmente a la protección de aquellos que no cuentan con los recursos para acceder a una vida digna, dándoles prioridad; mientras que en un sentido amplio se orienta por ideales democráticos, aspirando a una *hospitalidad incondicional*, sin control ni manipulación de ningún tipo (Schramm, 2005).

3.3.3. Normativa aplicable. Leyes y códigos de ética

La Ley Nacional de Salud Mental (26.657) se sancionó con el objetivo de garantizar el acceso a la protección de la salud mental de todas las personas, manteniendo el respeto por los derechos humanos reconocidos por todos los instrumentos de derecho internacional reconocidos por nuestro país, algunos de ellos con rango constitucional.

Entre estos instrumentos se mencionan los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptados por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991.

En cuanto al diagnóstico, La ley Nacional de Salud Mental (Ley 26.657, 2010) presta atención al riesgo de estigmatización y discriminación que encierra el etiquetamiento en un contexto aún marcado por una concepción errada de la enfermedad mental. En este sentido, se señala explícitamente que el diagnóstico no podrá basarse en ningún caso en el estatus político o socioeconómico de la persona, o su pertenencia a un grupo cultural, religioso o político. Tampoco podrá responder a demandas familiares o laborales basadas en la falta de adecuación con normas morales, culturales o religiosas, ni en la elección de identidad sexual.

Esta ley no se refiere explícitamente a la transmisión del diagnóstico en su texto, pero sí se incluyen entre los derechos de las personas con padecimiento mental, el de recibir el tratamiento con la alternativa terapéutica más conveniente, el de tomar decisiones relacionadas con su atención y tratamiento y, en relación directa con los anteriores, el derecho a ser informado de manera adecuada y

comprensible de todo lo inherente a su salud y tratamiento, incluyendo las diversas alternativas para este último (Ley 26.657, 2010). Puede deducirse sin distorsionar el texto de la ley que dentro de lo inherente a su estado de salud se incluye la información correspondiente el diagnóstico y su fundamentación.

Para confirmar lo correcto de esta interpretación es importante la referencia de la ley al respecto de los instrumentos internacionales suscritos por nuestro país. Los mencionados *Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental*, adoptados por las Naciones Unidas, sí incluyen al diagnóstico y evaluación entre la información que debe brindarse para obtener el consentimiento informado de un paciente antes de iniciar un tratamiento (ONU, 1991). Aunque, a diferencia de las normas anteriores, esta declaración es solamente una guía para orientar a los profesionales e instituciones y no genera obligaciones legales, su mención en el texto de la ley como una referencia destacable indica el sentido que debe darse al derecho del paciente a ser informado adecuadamente.

La obligación legal de informar debidamente al paciente acerca de su estado de salud se encuentra más claramente definida en la ley de los Derechos del paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Allí se incluye el derecho a recibir de manera clara, suficiente y adecuada a su comprensión la información acerca de su estado de salud, estudios y tratamientos necesarios, evolución previsible, riesgos y complicaciones (Ley 26.529, 2009).

Por su parte, el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina, establece la obligación del profesional de obtener el consentimiento informado de sus pacientes para iniciar cualquier tratamiento, brindando información suficiente y significativa sobre la práctica. En el texto original de 1999 no se incluía ninguna aclaración acerca de lo que esto implica, pero en su reforma de 2013 se incluyó una regla que fija expresamente la obligación del profesional de brindar información sobre los alcances de la intervención, su propósito y naturaleza, las responsabilidades mutuas, los beneficios y posibles riesgos, los posibles tratamientos alternativos y la posibilidad de rehusarse a aceptar el tratamiento o a retractarse del consentimiento dado en cualquier momento. Si bien tampoco se menciona directamente la comunicación del diagnóstico, puede deducirse del espíritu de la norma que ésta formaría parte de la información que el profesional está obligado a brindar al paciente (FePRA, 2013).

3.3.4. El consentimiento informado

El derecho del paciente a tomar decisiones sobre su salud incluyendo la de iniciar cualquier tratamiento o no, surge de los principios de autonomía y justicia, y está protegido por la legislación y reconocido en los códigos de ética profesional. La forma en que se instrumenta este derecho es el consentimiento válido. Hay dos características que debe tener un consentimiento para que sea considerado válido, la primera es que sea dado por una persona competente, es decir con la capacidad para hacerlo, y la otra es que, en una situación determinada, esa persona esté en condiciones de decidir racionalmente, para lo cual es indispensable que cuente con la información suficiente y adecuada (Franca Tarragó, 2003).

Esta caracterización del consentimiento válido se ve reflejada en la definición que la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2005) da del consentimiento informado. Contrariamente a lo que, desde el sentido común, se entiende a veces, el consentimiento informado no se reduce al documento escrito en el cual una persona manifiesta su voluntad de realizar un tratamiento o participar de una investigación. Es, en cambio, el proceso mediante el cual decide ella voluntariamente su participación después de haber sido informada sobre todos los aspectos relevantes para esa toma de decisión. Para que este proceso se cumpla satisfactoriamente, la información no sólo debe ser veraz, sino también clara, precisa y adecuada al nivel de comprensión de la persona a la que está dirigida, permitiendo que haga las preguntas que considere necesarias, para tomar una decisión libre.

Se desprende de esta definición que existen dos formas básicas en que el consentimiento informado puede resultar un proceso fallido. La más probable, y quizás por eso aquella donde se pone más énfasis, es que no se cumpla con la obligación de informar debidamente al paciente. Pero también puede suceder que se informe sobre el tratamiento que se ofrece sin plantear otras alternativas, ni advertir a la persona que puede rechazarlo. En este caso no se está pidiendo realmente su consentimiento, sólo se lo está informando.

En un artículo que analiza las particularidades de la incorporación del consentimiento informado a la

práctica de la medicina en Cuba, se presentan algunos ejemplos de estas formas malogradas de consentimiento informado. Se denuncian además dos actitudes opuestas pero igualmente extremas frente a él: un uso indiscriminado, sin considerar la pertinencia de la información para la toma de decisiones ni valorar los beneficios que aporta junto con los perjuicios que podrían provocar algunas informaciones y, por otra parte, un rechazo del procedimiento justificado con exageraciones del daño que la verdad podría provocar al paciente (Nuñez de Villavicencio Porro, 2006). Es posible que actitudes similares existan también en el campo de la salud en Argentina.

En este sentido, la citada Ley de Salud Mental no sólo establece la obligación de requerir el consentimiento informado de los pacientes, sino que destaca el derecho que estos tienen a retirar ese consentimiento en cualquier momento del tratamiento, incluso en los casos de internación. El consentimiento obtenido de manera engañosa, o el incumplimiento de la obligación de informar harán pasible al profesional responsable y al director de la institución de las acciones civiles y penales que correspondan (Ley 26.657, 2010).

4. MÉTODO

4.1. Tipo de estudio

Exploratorio.

4.2. Participantes

Participaron de este trabajo seis psicólogos que se desempeñan en un centro terapéutico del Conurbano bonaerense, incluyendo al Jefe de la institución y responsable del departamento de Admisión. Sus edades varían entre 25 y 60 años. Cuatro de ellas eran mujeres y dos hombres. Cinco de ellos hicieron su formación de grado en universidades privadas de la ciudad de Buenos Aires, y el restante en la Universidad de Buenos Aires. Con una única excepción, todos tienen formación de posgrado; la mayoría en terapias cognitiva y sistémica, y una en neuropsicología. En cuanto a la experiencia en la práctica clínica, va desde dos años (dos casos), hasta los 14.

4.3. Instrumentos

- Observación participante en entrevistas de admisión y reuniones de equipo del centro terapéutico.
- Entrevistas semidirigidas a los profesionales psicólogos que realizan entrevistas de admisión y al responsable del equipo en un centro terapéutico del Conurbano Bonaerense.

Los ejes a considerar como guías de la entrevista fueron:

- 1-Formación profesional (estudios de grado, especializaciones, cursos);
- 2-Experiencia profesional (en general y en el centro en particular);
- 3-Forma de trabajo durante la entrevista de admisión y la elaboración del diagnóstico;
- 4-Comunicación del diagnóstico (existencia de un protocolo, prácticas habituales, cuestiones problemáticas, respuestas de los pacientes, existencia de estrategias para afrontar casos especiales);
- 5-Conocimiento de la normativa respecto del diagnóstico y tratamiento (Leyes nacionales, estándares internacionales, códigos profesionales);
- 6-Posición profesional frente al diagnóstico y su comunicación al paciente (cuestiones éticas y de eficacia profesional).

En el caso del responsable del equipo se indagó también acerca de las recomendaciones y líneas de acción adoptadas en el servicio de admisión en relación con la comunicación del diagnóstico.

4.4. Procedimiento

Las 6 entrevistas semidirigidas se realizaron a profesionales que tienen a su cargo las entrevistas de admisión en el mismo lugar en el que funciona el servicio. Fueron grabadas con el consentimiento

informado de los profesionales y desgrabadas para realizar el análisis de contenido de acuerdo con los objetivos específicos fijados en el plan.

Se participó además de 20 (veinte) entrevistas de admisión y de 5 (cinco) reuniones del equipo de profesionales, tomando notas de la comunicación entre profesional y paciente durante las entrevistas de admisión y de todo lo relacionado con el diagnóstico y su transmisión. En las reuniones del equipo se registraron en notas todos los intercambios y comunicaciones relacionados con ambas problemáticas. La información obtenida se utilizó como complemento de la proveniente de las entrevistas semidirigidas.

5. DESARROLLO

Además de la observación participante que se llevó a cabo en el servicio de admisión durante la práctica profesional, para cumplir el objetivo de describir el proceso de diagnóstico y su transmisión al inicio de un tratamiento psicológico, se realizaron entrevistas semidirigidas a los profesionales que se desempeñan en el servicio de admisión. La colaboración demostrada por ellos fue satisfactoria, y permitió conocer sus opiniones acerca de las cuestiones indagadas y algunos de los criterios que utilizan para la elaboración y comunicación del diagnóstico a los pacientes.

A continuación se desarrolla el contenido de la información obtenida, organizándola de acuerdo con los objetivos específicos.

5.1. Posición frente a la transmisión del diagnóstico

Con la única excepción de una entrevista en la cual no aparece mencionado el tema, los profesionales coinciden en reconocer que el paciente tiene derecho a recibir su diagnóstico. Sin embargo, se encuentran diversos matices en las posiciones individuales, y diferencias en la forma de comunicarlo. La mayoría de los entrevistados tiene por norma transmitir el diagnóstico a sus pacientes al inicio del tratamiento, e incluye el derecho que la ley otorga al paciente como una de las razones que justifican esta práctica. En otros casos, y aún cuando se reconoce este derecho, la transmisión del diagnóstico queda sujeta a ciertas condiciones. A continuación se presentan las distintas posiciones que se expresaron en las entrevistas.

Uno de los psicólogos dijo que comunica el diagnóstico presuntivo en la primera entrevista con el paciente, con la única excepción de los casos en que el mismo paciente expresa su voluntad de no saberlo. De esta manera se cumple con el procedimiento del consentimiento informado, que garantiza el derecho del paciente a recibir información sobre su salud y posible tratamiento que establece la ley 26.657. Además, en la atención prestada a la voluntad del paciente se pone en juego el reconocimiento de la autonomía del sujeto, como principio ético que orienta la práctica profesional (Beauchamp & Childress, 1999).

Por otra parte, la elaboración de un diagnóstico presuntivo desde la primera entrevista responde también a necesidades del propio proceso terapéutico, según afirma el profesional que declaró seguir este procedimiento. Destacó, por ejemplo, la importancia que tiene el diagnóstico para considerar cuál sería el profesional más idóneo para tratar la problemática específica que el paciente trae a la consulta. En su opinión, evaluando el perfil del paciente es posible encontrar al terapeuta del centro con el que podrían compatibilizar mejor para el trabajo conjunto que deben realizar. Otro de los beneficios que pueden obtenerse de la elaboración de un diagnóstico presuntivo en la primera entrevista y, fundamentalmente, de su comunicación temprana al consultante, es que el paciente está en mejores condiciones para iniciar el tratamiento, al entender lo que le está pasando. Esto, además, disminuye la incertidumbre con la que muchas personas llegan a consulta (Fernández Álvarez, 2015).

Las razones que presenta el psicólogo para justificar su posición favorable al diagnóstico van más allá del respeto al derecho a la información que tiene el paciente.

Para el paciente el diagnóstico es necesario, aunque muchas veces ni siquiera ellos lo preguntan. (...) Y repito, observo que cuando no lo saben les genera mucha ansiedad e incertidumbre. Inclusive muchas veces se generan pensamientos disfuncionales de algo más grave de lo que realmente es.

Estas palabras expresan claramente que para este profesional, la transmisión del diagnóstico significa algo más que cumplir con la obligación que establece la ley, ya que puede resultar un medio importante para beneficiar al paciente y evitarle daños innecesarios. Cabe destacar que se reconoce que muchos pacientes no preguntan por su diagnóstico, pero esto no implica que sea necesario comunicarlo.

La posición anterior contrasta con la de otro de los profesionales entrevistados, quien afirma que la

transmisión del diagnóstico presuntivo tiene un interés relativo para el paciente. En su opinión, sólo algunos de ellos esperan que el profesional le de un diagnóstico, mientras que otros no le dan importancia. En su caso prefiere dejar la transmisión del diagnóstico para un momento posterior del tratamiento, cuando se haya establecido un buen vínculo terapéutico. Hace la salvedad de casos como los trastornos de ansiedad muy marcados, en los que el paciente necesita entender lo que le pasa para iniciar el tratamiento. A diferencia del caso anterior, esta posición coloca en suspenso el derecho que el paciente tiene a recibir toda la información sobre su estado de salud en función de lo que se considera un beneficio para el tratamiento.

Asumiendo una posición más cercana a la anterior que a la primera que se presentó, uno de los profesionales comunica el diagnóstico a sus pacientes sólo cuando ellos se lo demandan; en consecuencia, en los casos en que lo hace, la transmisión no se da siempre al inicio del tratamiento, sino en el momento en que se lo piden. Algo que resulta interesante de esta posición es que se asume que el paciente tiene que pedir al profesional el diagnóstico. Incluso, al reconocer el derecho del paciente a saber cuál es su diagnóstico, se afirma que

Es correcto que, cuando el paciente lo demande, se lo den. Yo estoy lista para darlo, lo que no quiero es generar un efecto de etiquetamiento en el paciente con poca cultura o pocos recursos, porque lo que no quiero es contribuir con el malestar.

La comunicación del diagnóstico queda supeditada así a la iniciativa del paciente, no sólo en el caso individual, sino también en el campo de la salud mental. Esto es lo que sugiere el psicólogo al decir, más adelante: *Debería ser una cultura más extendida el pedirlo.* En su opinión, el peso que la cultura psicoanalítica tiene en nuestro medio tendría que ver con que los pacientes no esperen un diagnóstico. Estrictamente, se podría decir que esta no es una posición favorable a la transmisión del diagnóstico, sino una que se limita a responder al requerimiento del paciente en atención a la obligación que existe a partir de la ley.

También aquí se mencionan excepciones a la regla asumida; en este caso, cuando un paciente llega con síntomas que sugieren la necesidad de realizar una interconsulta psiquiátrica, se le comunica el diagnóstico y se le explica porqué se requiere la intervención de un psiquiatra. La transmisión del diagnóstico viene aquí a aportar tranquilidad al paciente frente a una intervención potencialmente estresante, en tanto el sentido común asocia al psiquiatra con la locura. La información aparece aquí como una necesidad, como podría ocurrir en el campo de la medicina cuando en el proceso diagnóstico se requiere la realización de un estudio que se emplea para detectar enfermedades graves como el cáncer.

Otro de los profesionales presenta una posición frente a la transmisión del diagnóstico que reconoce diferencias según el tipo de trastorno que presente el consultante. En algunos casos, que ejemplifica con los trastornos de ansiedad y los del eje 2 del DSM IV, considera que dar el diagnóstico es clave para que la persona entienda lo que le pasa. En trastornos como el depresivo, en cambio, entiende que comunicar el diagnóstico al paciente no tiene valor terapéutico, al menos hasta que la medicación haya hecho efecto.

El resto de los profesionales entrevistados considera necesario transmitir el diagnóstico al paciente, reconociéndolo como su derecho. Se aclara que la información que se le brinda no incluye tecnicismos, ni definiciones *de manual*, sino que se busca que la persona comprenda lo que le está pasando. Uno de los profesionales reconoce la obligación profesional como contracara de ese derecho, y afirma cumplir con ella *a rajatabla, en todo sentido*. Este celo lo justifica, no sólo por el respeto al derecho del paciente, sino también por el resguardo que significa para el profesional frente a la responsabilidad que le cabe por su intervención. Estas son cuestiones que se consideraran al analizar los principios y criterios que los profesionales aplican al elaborar el diagnóstico y decidir las condiciones de su transmisión al paciente.

En otro de los casos, en la justificación de una posición favorable a la transmisión del diagnóstico se agrega al aspecto legal el valor que tiene esta práctica para el tratamiento. Con respecto a esto último el profesional afirma:

Yo pienso que es importante para el terapeuta porque te da un objetivo, un camino, una guía a seguir. Y para el paciente también; porque el paciente, a través de darle el diagnóstico, le damos la posibilidad de entender cuál es el camino, y las cosas que hay que poner en marcha.

En síntesis, la gran mayoría de los profesionales asume una posición favorable a la transmisión del

diagnóstico al paciente, y lo hace al inicio del tratamiento. Sin embargo, en un caso se la deja para un momento avanzado del tratamiento, y en otro se realiza sólo ante el pedido del paciente. Las razones expresadas para fundamentar las posiciones favorables a la transmisión del diagnóstico incluyen, en primer lugar, el reconocimiento del derecho que le asiste a la persona que se presenta a consulta, pero también se menciona el resguardo legal del profesional, el aporte que brinda al trabajo terapéutico conjunto, y los beneficios que en sí mismo aporta al bienestar del paciente.

5.2. Conocimiento sobre la normativa vigente

Todos los profesionales entrevistados dijeron conocer la normativa vigente. Pero, aunque la mayoría la relacionó principalmente con el derecho del paciente a conocer su diagnóstico, uno de los profesionales no mencionó este aspecto de la ley, refiriéndose en cambio a la obligación de ofrecer todos los medios conocidos para el tratamiento y al secreto profesional.

Con respecto a la fuente de ese conocimiento, todos mencionaron su formación de grado, y en algunos casos se refirió también la formación de posgrado y la experiencia profesional. Algunos de los psicólogos reconocieron saber sólo lo que estudiaron en la facultad, aunque uno de ellos declaró, en otro momento de la entrevista, que es importante para el profesional estar informado acerca de los cambios que implicó la nueva Ley de Salud Mental.

Además de este caso, sólo en una entrevista más se mencionó la Ley de Salud Mental, y al hacerlo el profesional se refirió específicamente a los términos en que la ley se expresa en sus artículos:

Hasta donde yo se, el paciente tiene derecho a saber su diagnóstico y los tratamientos posibles. Lo estudié en su momento, después lo leí en la nueva ley de salud mental. Como psicólogos tenemos ese deber, [decirle] cuáles son los métodos, las técnicas, o los planes de tratamiento a seguir en función de ese diagnóstico.

En ninguna otra entrevista se expuso de esta manera el conocimiento de la ley, es decir incluyendo no sólo el derecho del paciente a conocer su diagnóstico, sino también el de ser informado de los tratamientos posibles. Para profundizar en el conocimiento que los profesionales entrevistados tienen de la normativa es necesario, entonces, ir más allá de sus respuestas para indagar en la forma en que se lleva a la práctica.

Uno de los profesionales entrevistados contó una anécdota acerca de un paciente que preguntó por el contenido de su historia clínica, más precisamente quería saber si allí figuraba todo lo que se hablaba en las sesiones. Después de aclararle que sólo se registraba lo relevante para el tratamiento, el profesional le ofreció mostrársela. Trae este caso para señalar que el paciente no sólo tiene derecho a conocer el diagnóstico, sino también a acceder a la historia clínica, que es suya, aunque la guarda esté a cargo de la institución.

En coincidencia con su posición en la práctica, presentada en el apartado anterior, uno de los profesionales respondió a la pregunta sobre la normativa vigente reconociendo el derecho que tiene el paciente al diagnóstico, pero agregando *si quiere conocerlo*, y aclarando que considera importante que lo conozca en caso de una derivación. Esto último sugiere que en los casos en que el tratamiento vaya a seguirse dentro de la institución no sería necesario transmitir el diagnóstico al paciente. Encontramos aquí una interpretación personal de la normativa que introduce condiciones al ejercicio efectivo del derecho del paciente, las cuales implican que, en la práctica, ella se cumpla parcialmente.

En otra de las entrevistas se mencionó al aspecto judicial en relación con la práctica profesional del psicólogo, enfatizando que *en ese campo hay que estar bien informado para saber cual es tu competencia, tanto para no excederte como para no dejar baches. Podés llegar a comprometer tu matricula*. En relación con esta problemática se hizo referencia al secreto profesional, una de las normas éticas aplicables a la labor de los psicólogos (Franca Tarragó, 2003), y al procedimiento del consentimiento informado, destacándolas como dos cuestiones que el profesional de la psicología debe tener muy presentes en la práctica clínica. En este caso, el acento está puesto en la responsabilidad profesional y en las consecuencias que de ella se derivan en caso de faltar a las obligaciones.

Merece destacarse que, de distintas maneras, los profesionales expresaron en las entrevistas el carácter personal de la responsabilidad profesional en cuanto al cumplimiento de las normas: *A mi nadie me lo exige, es propio de la práctica clínica; Es responsabilidad de cada profesional; Yo me exijo. Estoy tratando con pacientes; (...) vivo formándome porque ante diferentes situaciones uno tiene que saberlo*

de forma muy precisa.

Sin embargo, aparece también en las entrevistas el lugar que ocupa lo institucional, como marco que regula y organiza la práctica profesional, en cuanto al grado de presencia que la normativa tiene en la labor clínica.

(...)si trabajas en instituciones te vas dando cuenta cuáles son tus competencias, dónde te estás excediendo, o dónde sos negligente, porque eso se puede volver en contra tuyo. No hay un corpus que venga y te diga que te estás excediendo, pero si hay otros profesionales (...)

Por lo menos en la institución si, circula todo el tiempo [la información sobre la normativa] influidos por el contexto y los casos que vemos, tenemos que saber todo el tiempo nuestras competencias. Tenemos muchos casos judicializados. Tenemos que saber muy bien el secreto profesional, respetar el consentimiento informado. En la supervisión misma hablamos mucho de eso porque a veces te das cuenta que estas metido en un terreno que no te corresponde.

En el hospital, todas esas cuestiones son bastante rígidas. No te puedes llevar la historia clínica y todo contacto con el paciente debe quedar registrado. Por ejemplo, si no viene y lo llamaste tenés que dejar registrado que intentaste comunicarte y la hora.

Acá en la institución hicimos un acuerdo hace un año y pico, de que el terapeuta adisor va a poner un diagnóstico presuntivo para orientar al psicólogo al que sea derivado. Y en otra institución en donde trabajé también era lo mismo en la admisión. En las obras sociales es otra historia, la normativa es más estricta, hay que poner un diagnóstico, fundamentarlo, explicarlo, dar un pronóstico, etc.

Los fragmentos anteriores, extraídos de las entrevistas realizadas a cuatro de los profesionales, indican la importancia que tiene el marco institucional para el cumplimiento de la normativa. Según los testimonios que ellos aportan, en las obras sociales y en el ámbito de la salud pública estatal, representada por los hospitales, la aplicación de la ley es más estricta, más rígida. Además de lo que podría significar como descripción de las prácticas reales en estos ámbitos, algo que requeriría una contrastación con datos objetivos, estas palabras implican una percepción personal de los profesionales, que sugiere un contraste con lo que sucede en instituciones de gestión privada. Según lo que surge de estas y otras entrevistas, en estas últimas son los acuerdos y las comunicaciones entre profesionales, formales e informales, las que regulan las prácticas en mayor medida que las normas escritas.

A la hora de manifestar su posición frente a la normativa, todos los profesionales se expresan favorablemente, aunque destacando aspectos diferentes en sus valoraciones. La ampliación de los derechos de los pacientes es uno de los mencionados, agregando el entrevistado que *todos podemos ser pacientes alguna vez y es bueno saberlo*, lo que sugiere una mirada que se corre del rol profesional para considerar el alcance la ley.

Con respecto a éste último, hay quien destaca la importancia de la Ley de Salud Mental para el desempeño profesional de los psicólogos en el ámbito institucional. Particularmente se valora el reconocimiento de competencias respecto de la toma de decisiones en caso de internación, y la posibilidad de dirigir un servicio de salud mental, atribuciones que antes de la ley le correspondían en exclusividad a los médicos psiquiatras.

Hay todavía otro aspecto de la ley que aparece destacado como positivo en relación con el rol profesional en el ámbito institucional. Uno de los psicólogos considera que la normativa es un buen medio para la defensa del profesional en los casos en los que se les exigen tareas y responsabilidades que no corresponden al rol. Lo que aparece como fuente de conflicto en esta entrevista es la confusión que genera en algunos casos el contacto directo que el psicólogo tiene con el paciente: *Se confunde muchas veces la idea de que, como escuchas al paciente, tenés que saber todo y hacer todo, y eso no es así. Así es como en algunas oportunidades te encontrás cubriendo inclusive el rol de la justicia para el paciente.* Al existir una normativa clara, el profesional puede remitirse a ella para deslindar responsabilidades, siempre y cuando conozca los deberes y competencias que emanan de ella.

Con respecto a esto último, merece señalarse que prácticamente no hay referencias a las organizaciones profesionales o a los códigos de ética a través de los cuales ellas ofrecen líneas de acción y reglas que, aún cuando no tienen el valor de una ley, pretenden justamente aclarar los deberes y competencias y delimitar la responsabilidad profesional. Quizás, al formularse en la entrevista la pregunta correspondiente en términos de normativa, los profesionales no mencionaron al código de ética porque interpretaron que se estaba preguntando exclusivamente por el marco legal; aunque es posible que no se tengan en cuenta a los códigos de ética como corpus normativos. Otra explicación puede hallarse en la

única entrevista en que se menciona el papel de las organizaciones profesionales, donde se señala que en la ciudad de Buenos Aires (donde se han formado y desarrollan parte de su actividad los profesionales entrevistados) no existe un Colegio de Psicólogos. Esto explicaría también que el cumplimiento de las normas que regulan la actividad profesional dependa en gran medida de la ética individual y de la cultura de las instituciones.

5.3. Principios y criterios de decisión en la elaboración y comunicación del diagnóstico

Al indagar sobre los principios y criterios de decisión que los profesionales ponen en juego al realizar el diagnóstico y afrontar su comunicación al paciente, las respuestas mostraron una variedad de matices alrededor de un punto central, el beneficio que por este medio se puede aportar al paciente, directamente o a través de su contribución al tratamiento.

En uno de los casos se sostiene enfáticamente que, cuando el paciente recibe del psicólogo una explicación de su problema, del tratamiento que se considera adecuado para él, y además se le da un pronóstico de lo que es esperable lograr siguiendo la línea que se le propone, esto los ayuda a entender lo que les pasa y a bajar el nivel de ansiedad que le genera la incertidumbre. El principio rector en este caso es el beneficio del paciente, y el criterio aplicado para respondera él expresa una perspectiva en la cual el proceso diagnóstico no se considera algo separado del tratamiento, sino un medio más para conseguir ese beneficio que se propone como objetivo terapéutico. Consecuentemente, la decisión que se adopta es transmitir el diagnóstico al paciente como regla general.

Aunque también se basa en el principio de beneficiar al paciente, el profesional que dice comunicar el diagnóstico a los pacientes sólo cuando ellos lo solicitan, tiene un criterio muy diferente al anterior. Claramente marca una diferencia entre la elaboración del diagnóstico y su transmisión al paciente. Cuando se le pregunta acerca de la importancia que tiene el diagnóstico para el tratamiento responde: *Poca. A ver... mucha para mí, para saber cómo conducirme, no para comunicárselo al paciente, en general si el paciente no lo demanda o yo considero que no lo necesita, no lo explico.* En estas palabras el diagnóstico aparece como una herramienta profesional, útil como guía para el trabajo que tiene que hacer el psicólogo; pero su comunicación al paciente, en cambio, tiene un valor limitado a ciertos casos, mientras que en otros sería algo innecesario, quizás comparable a que un cirujano le explicara a un paciente cómo se realiza la operación que va a hacerle. Puede pensarse que hay aquí una concepción de la práctica del psicólogo como algo que, en cierta medida, puede llevarse a cabo desde el saber profesional, independientemente de la conciencia que tenga el paciente de las características de su problema y de la forma en que se lo aborda.

Una tercera forma de aplicar el principio de beneficiar al paciente se concreta en acciones diferentes según el tipo de trastorno que presente la persona que consulta. Cuando se considera que conocer el diagnóstico beneficia al paciente se lo comunica, y en caso contrario no se lo hace, o se posterga la transmisión hasta un momento más adecuado.

En otros casos en los que se está a favor de la transmisión del diagnóstico, se tiene en cuenta el impacto que ella puede tener sobre el paciente. En este sentido, uno de los profesionales afirma la necesidad de hacer una evaluación de las condiciones particulares de cada caso, las características percibidas en la persona, los antecedentes que tiene y la gravedad de los síntomas, entre otras. En función de esa evaluación se decidirá el momento y la manera de comunicar el diagnóstico. Esta forma de abordar la transmisión del diagnóstico sugiere que se trata de una cuestión compleja, que no se reduce a la simple oposición entre comunicar o no comunicar al paciente su diagnóstico.

La red social de apoyo con la que cuenta el paciente aparece mencionada en dos de las entrevistas como una cuestión que debe considerarse en una evaluación de este tipo, y en una de ellas se la presenta como fundamental.

Primero haber chequeado la red social del paciente, porque muchas veces tiene sentido armar una red social cuando el diagnóstico es muy duro para comunicar. (...) No es lo mismo si estoy frente a alguien que está solo, sin apoyo o red de contención estoy delante de alguien que muestra compromiso y que encima tiene una red para trabajar. Cuando tengo un diagnóstico más 'power' lo comunico en grupo, a veces lo hago con la persona sola, pero en ese caso me centro mucho en los cuidados que tiene que tener y en ofrecer una red de auxilio, de hospitales y emergencias. Ando siempre con eso encima.

(...) depende si veo al paciente en riesgo, porque en este caso esta bueno que él sepa de que se trata a través de la psicoeducación y también de poder de alguna manera involucrar a la red porque en el caso de los pacientes en riesgo la red es fundamental.

La importancia concedida a la red social de apoyo como factor que interviene en las consecuencias de la comunicación del diagnóstico es uno de los elementos que ponen de manifiesto la complejidad del contexto en que ella se inserta, y plantea dudas respecto de la posibilidad de resolver la problemática que implica reduciéndola a una práctica estandarizada.

En el caso de la institución en la cual se desempeñan los profesionales entrevistados, las características socioeconómicas y educativas de la población que se debe atender constituyen un factor que es necesario incluir en la evaluación de las condiciones de transmisión del diagnóstico. Uno de los entrevistados se refiere a esto, diciendo que buena parte de los pacientes que acuden a consulta son personas con un nivel educativo bajo, y *con muchas carencias económicas e intelectuales*. Marca la diferencia con las personas que atiende en su consultorio particular, donde dice haber atendido a *gente muy preparada*, que hablan de su problema utilizando términos psicológicos. En estos casos considera que su trabajo debe orientarse más a desmitificar algunas ideas que pudieran traer, *bajar las etiquetas y bajar el drama*. Considerando que la ley establece que el paciente debe ser informado de manera adecuada y comprensible (Ley 26.657, 2010), las diferencias educativas e intelectuales exigen formas diferentes de comunicar el diagnóstico para que el paciente comprenda. Sólo así se cumple plenamente con la obligación profesional, respetando el espíritu de la ley, que busca que el paciente esté en condiciones de aceptar voluntariamente el tratamiento que se le propone. Por otra parte, esto es el verdadero valor del consentimiento informado, según los lineamientos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2005).

En este sentido, uno de los profesionales dice que trata de asegurarse de que el paciente haya recibido la información de acuerdo con las expectativas puestas en la comunicación, y que no haya hecho una interpretación errada de ella. De esta manera se está asumiendo la responsabilidad profesional en un sentido auténtico, y no como una obligación formal con la que se cumple diciéndole al paciente el nombre del trastorno que padece.

Quizás, una forma de lograr que la información llegue adecuadamente al paciente y sea comprendida por él sea la que se sugiere en otra entrevista:

Ser clara. Muy clara. No excederse en los detalles. No usar palabras técnicas es importantísimo. Intento no dramatizarlo para que el paciente no se asuste o se sienta mal. Porque considero que tengo que hacer que el paciente se sienta bien, aliviado. Entonces, para que se sienta bien no quiero transmitirle una cuestión que sea terrible.

Merece señalarse que esta descripción de la forma en que se puede informar adecuadamente al paciente fue aportada por quien reconoce que sólo comunica el diagnóstico si el paciente se lo solicita. Conviven así una posición que condiciona la transmisión del diagnóstico a la iniciativa del consultante y un criterio acorde a lo que marca la ley en cuanto a la manera en que se debe informar.

La psicoeducación, que aparece mencionada en más de una entrevista, puede entenderse como un medio para cumplir con la obligación de informar, extendiendo el alcance de la transmisión del diagnóstico. Se la considera una forma de ir más allá de ponerle un nombre al problema del paciente, para lograr que comprenda lo que le sucede.

Una de las formas en que puede implementarse es a través del esclarecimiento de términos que, aún cuando el profesional intente dejarlos fuera del discurso informativo, pueden llegar a conocimiento del paciente y generar confusión o inquietud. Uno de los profesionales lo describe como una desmitificación: *Suelo también, desmitificarle palabras que puedan buscar en internet o comentar con otras personas.*

La búsqueda de información en otras fuentes diferentes a la que ofrece el profesional consultado, especialmente a través de Internet, es uno de los problemas que se han mencionado al considerar la cuestión de la transmisión del diagnóstico (Fernández Álvarez, 2015). Aceptando que esto es algo previsible y, en cierta medida, inevitable, es una buena práctica adelantarse a los hechos brindando información adecuada al momento de comunicar el diagnóstico, y aclarando aquellos términos que pueden ser malinterpretados. Un ejemplo que aporta el psicólogo es el del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), que es uno de los más conocidos y del que existe más información circulando. En un caso de este tipo considera fundamental que el paciente conozca los síntomas que deberá enfrentar, *hablando siempre de la enfermedad, que no es el paciente, sino aquello que tiene que superar*. Esta parece una buena manera de evitar los efectos que pueden derivarse del etiquetamiento (Sciletta, 2006), cuando se identifica a la persona con la enfermedad y se habla en términos de depresivo, obsesivo o

fóbico.

Así como resulta una forma eficaz para informar adecuadamente al paciente, la psicoeducación también aporta valor al tratamiento.

Después de haberla mencionado al referirse a la transmisión del diagnóstico, uno de los profesionales aclara:

Siempre trato de brindarle al paciente lo que yo se, algo que lo pueda ayudar, esclarecer. Acá trabajamos en conjunto, yo necesito que él también sepa de lo que estamos hablando. Pero no para encasillarlos, como dije antes, para que lo tenga y podamos trabajar en conjunto. Por eso siempre que das el diagnóstico tiene que ser por un objetivo, que se transforme en una herramienta más para trabajar. Con el objetivo de sumarle al tratamiento.

El criterio que se aplica en esta forma de abordar la comunicación del diagnóstico es más amplio que el cumplimiento de las obligaciones profesionales para con el paciente, y pone en juego una concepción del tratamiento psicológico que le otorga a éste un rol activo. Si el trabajo a realizar se reconoce como una tarea conjunta, el conocimiento que el paciente tenga de las características de su problema y de la forma en que se va a trabajar en su resolución es un elemento importante, que aporta valor al tratamiento. Además del conocimiento y la experiencia que el profesional aporta al trabajo terapéutico, que claramente es importante, el trabajo conjunto implica una dimensión intersubjetiva, que supone necesariamente un despliegue de la subjetividad del paciente. Uno de los profesionales entrevistados expresa este aspecto del tratamiento diciendo: *Hay como una dimensión subjetiva que no es tan dura como el DSM*. Considerando el contexto en el que se inserta esta frase, puede interpretarse que en ella hay una crítica a la concepción del diagnóstico como la aplicación de un criterio clasificatorio por parte de un profesional para la identificación de un cuadro clínico o un trastorno. Confirmando esta interpretación, el psicólogo agrega que intenta que el paciente participe en la construcción de su diagnóstico y se involucre en el trabajo. Esto responde a la manera en que se trabaja en terapia cognitiva, en donde se valora la construcción de un acuerdo entre paciente y terapeuta acerca de las hipótesis elaboradas por éste (Beck, 2000).

En relación con la caracterización del tratamiento como un trabajo conjunto, en otra entrevista se propone la construcción de un buen vínculo terapéutico como un medio eficaz para sacarle peso al diagnóstico al transmitirlo. *Soy de las que creen que si le sacás peso al diagnóstico, y lo trasmitís así, los pacientes también le sacan peso y se les hace mucho más llevadero. Por eso armar un buen vínculo y saber que te escucha es fundamental para la trasmisión*. Dos cosas aparecen destacadas aquí: por una parte la importancia del vínculo terapéutico para lograr condiciones favorables a la comunicación del diagnóstico, y por otra la intención de no agregar una carga al paciente.

También puede resultar de la evaluación de las condiciones que presenta un caso la decisión de no transmitir el diagnóstico. El mismo profesional que plantea la necesidad de esta evaluación sostiene que no se puede comunicar el diagnóstico a una persona que no está en condiciones de recibirlo. Pone como ejemplo el caso de un paciente con depresión mayor al que decidió no darle el diagnóstico hasta que la medicación comenzara a hacer efecto. Puede pensarse que en un caso como este podría actuarse como se recomienda en uno de los fragmentos ya presentados, separando la enfermedad de la persona y aportando información sobre aquellas manifestaciones del cuadro clínico que el paciente debería conocer para poder actuar frente a ellas con mayores recursos.

Una modalidad de abordar el proceso diagnóstico que aparece en una de las entrevistas es la consulta con otros profesionales de la institución, incluyendo al psiquiatra. En lo que respecta a la transmisión, esto implica que el diagnóstico no se da al paciente en la entrevista de admisión, sino *más o menos a partir de la cuarta entrevista*. En este caso el proceso de admisión se extiende más allá de la primera entrevista y responde a las etapas reconocibles en la elaboración del diagnóstico: generación de hipótesis iniciales, refinamiento de las mismas y verificación del diagnóstico (Capurro N & Rada G, 2007).

5.4. Conflictos éticos en la elaboración y comunicación del diagnóstico

Como se puede apreciar en varios de los testimonios incluidos en los apartados anteriores, el principio de beneficencia es mencionado como una prioridad de los profesionales entrevistados. Generalmente aparece ligado al tratamiento como medio de acción predominante.

Pero también se encuentran muchas declaraciones acerca de la transmisión del diagnóstico que expresan la aplicación del principio de no maleficencia. En algunos casos sugerida por las precauciones que se toman frente a la transmisión del diagnóstico, en otros en la justificación de la decisión de no comunicarlo y en algún otro, por el contrario, de la decisión de comunicarlo como excepción.

En cuanto al principio de autonomía, no parece ser adoptado por los profesionales en su significado esencial de expresión de la voluntad del paciente a través de la toma de decisiones respecto de su salud, sino que queda cubierto por lo que aparece como un derecho instituido que se interpreta como derecho a ser informado.

Finalmente, el principio de justicia, quizás algo más difícil de captar en sus implicaciones prácticas, no surge en las entrevistas como guía de la práctica de los profesionales, aunque en algún caso se hace referencia a situaciones que lo reclaman.

A continuación se consideran algunas situaciones presentadas por los entrevistados y los conflictos que podrían plantearse a partir de ellas, aún cuando no aparezcan expresamente en el discurso de los profesionales.

En primer lugar, se encuentra en más de una de las entrevistas realizadas que el beneficio del paciente es considerado como el objetivo principal de la intervención del profesional. En cuanto a la transmisión del diagnóstico, este principio podría entrar en conflicto con el de autonomía, ya que este último apunta a que el paciente pueda tomar libremente decisiones respecto del tratamiento (Beauchamp & Childress, 1999). El consentimiento informado es la manifestación concreta del ejercicio de la autonomía, y brindar al paciente toda la información pertinente es parte indispensable de este procedimiento. Si se considera prioritario el principio de autonomía, se dará al paciente toda la información que necesite para tomar una decisión, aunque esta sea la de rechazar un tratamiento que se considera beneficioso para él. En cambio, si se prioriza el principio de beneficencia, se informará o no al paciente según lo que se considere mejor para él. Según lo que surge del análisis de las entrevistas, los profesionales del equipo de admisión priorizan el beneficio del paciente. Pero, a pesar de lo general de esta posición, las decisiones que se toman dependen de la forma en que cada profesional valora que el paciente tenga la información sobre su diagnóstico y sobre el tratamiento.

En el caso de aquel profesional que considera que esto tiene efectos positivos (*Para el paciente el diagnóstico es necesario. Creo que para el paciente, tener la posibilidad de entender lo que le está pasando es fundamental. Le da la posibilidad de cambiar o modificar eso que es disfuncional con su entorno.*) no habrá, en principio, conflicto entre autonomía y beneficencia. Para los profesionales que otorgan este valor al conocimiento que el paciente tenga de su problema, la norma será comunicar el diagnóstico, con la idea de que se respeta su derecho al mismo tiempo que se lo beneficia. Esto se confirma al analizar las entrevistas. El fragmento anterior pertenece a la entrevista realizada a un profesional que en todos los casos comunica el diagnóstico a sus pacientes al inicio del tratamiento, y en otras entrevistas en donde se encuentran apreciaciones similares los profesionales aseguran dar el diagnóstico en la mayoría de los casos.

En cambio, cuando se piensa que la comunicación del diagnóstico no aporta beneficio alguno al paciente, o incluso se sospecha que podría tener efectos negativos (lo que introduciría en realidad el principio de no maleficencia), la aplicación del principio de beneficencia no resultará en apoyo de criterios que justifiquen la transmisión. Todavía podría sostenerse esta práctica en la aplicación del principio de autonomía, pero si éste no es considerado importante por el profesional, la norma será que no se comunique el diagnóstico al paciente, y los casos en que se lo haga serán excepcionales.

Todo esto se da claramente en el caso de un profesional que considera que no es importante que el paciente conozca su diagnóstico, que esto puede generar malestar y sólo *en contados casos* aporta valor al tratamiento, y que el ejercicio del derecho del paciente a recibir información depende de su pedido. En función de estos criterios sólo comunica el diagnóstico a los pacientes que se lo piden y en casos excepcionales, como puede ser ante la necesidad de una interconsulta con un psiquiatra.

Aunque al comunicar el diagnóstico a los pacientes que lo solicitan se está evitando violar la ley, no se está respondiendo al principio de autonomía que la inspira. El derecho a la información adquiere sentido en la medida en que es condición necesaria para el ejercicio de la autonomía, lo que en este contexto significa que el paciente pueda dar o no su consentimiento al tratamiento que se le ofrece.

Se puede apreciar algo de esto en una situación presentada en la entrevista realizada a otro profesional. Se trata de un paciente con depresión mayor que acude a consulta y al que se decide no darle el

diagnóstico hasta que la medicación comenzara a hacer efecto. Cabe preguntarse si en este caso no se está negando al paciente la posibilidad de ejercer su derecho a decidir si quiere realizar el tratamiento o prefiere otra alternativa, poniendo por encima de él los beneficios que se esperan obtener del tratamiento.

Estas situaciones ponen en evidencia que la aplicación del principio de autonomía en el campo de la salud genera conflictos que no son fáciles de resolver, e incluso pueden llegar a representar para el profesional dilemas en donde no hay una respuesta que no tenga aspectos negativos. Considerando el caso de este paciente con depresión, si se actúa como se actuó, iniciando el tratamiento sin brindarle toda la información para obtener su consentimiento informado se está faltando al principio de autonomía y se está eludiendo, aunque sea momentáneamente, la obligación que establece la ley. Pero si se hubiera cumplido con esto y el paciente hubiera rechazado el tratamiento o lo hubiera abandonado, el resultado final podría haber sido un empeoramiento de su salud mental, lo que significaría faltar al principio de no maleficencia.

Aunque la decisión frente a situaciones como esta debe tomarse considerando las circunstancias de cada caso, un modelo basado en la jerarquización de los principios como el que propone Gracia Guillén (1999) puede resultar una guía útil. Aplicándolo a un caso como éste, en donde entran en conflicto el principio de autonomía y el de no maleficencia, la prioridad la tendría este último, y la decisión de actuar como se hizo en esta oportunidad sería éticamente correcta.

Hay otro caso relatado en una de las entrevistas que pone de manifiesto la imposibilidad de contar con criterios que aseguren que no se derivarán complicaciones de la decisión adoptada a partir de ellos. Uno de los profesionales del servicio de admisión entrevistó a una joven a la cual, aunque había hecho terapia anteriormente, no le habían dado un diagnóstico. En función de las características de su problema la psicóloga llegó a la conclusión de que se trataba de un trastorno bipolar. Con tono de indignación, remarca: *A pesar de haber estado en tratamiento terapéutico muchos años nunca nadie se había sentado con ella a explicarle su situación.* Considerando que era necesario hacerlo, citó también al novio y a la madre de la consultante para que pudieran contenerla cuando recibiera la información. A pesar de estas precauciones la chica tuvo una reacción muy negativa frente a su diagnóstico, se enojó con la profesional y le dijo: me cagaste la vida. A pesar de esto, la joven inició el tratamiento y comenzó a comprender la gravedad de su situación. La psicóloga dice que, aunque la reacción de la consultante la hizo sentir mal, en todo momento se sintió tranquila por haber cumplido con lo que consideraba su obligación. Este caso puede interpretarse como una situación en la que el profesional tiene que elegir entre dos opciones que implican algún tipo de daño. La psicóloga era consciente de que la comunicación del diagnóstico podía tener un impacto negativo en la paciente, pero consideró que era mayor el daño que le ocasionaría seguir sin saber lo que le estaba pasando. Fue una decisión éticamente correcta la de evitar ese mal mayor y procurar, al mismo tiempo, reducir el que se esperaba como consecuencia de la transmisión del diagnóstico.

Aceptando la importancia que tiene el principio de no maleficencia para tomar decisiones en casos de conflicto ético, se pueden encontrar en las entrevistas varios ejemplos de su aplicación.

Al justificar su posición favorable a la transmisión del diagnóstico, uno de los profesionales recurre a este principio al decir de los pacientes que *cuando no lo saben [el diagnóstico] les genera mucha ansiedad e incertidumbre. Inclusive muchas veces se generan pensamientos disfuncionales de algo más grave de lo que realmente es.* Comunicar el diagnóstico al paciente tendría entonces el sentido de evitar un daño, en definitiva, innecesario.

En otra de las entrevistas, la acción opuesta, no comunicar el diagnóstico, también aparece justificada en función del principio de no dañar: *lo que no quiero es generar un efecto de etiquetamiento en el paciente con poca cultura o pocos recursos, porque lo que no quiero es contribuir con el malestar.* El mismo principio que se aplicó en el caso anterior se aplica aquí; pero, al estar en combinación con una concepción diferente del efecto que tiene en el paciente el hecho de conocer su diagnóstico, la forma de actuar es diferente.

También se puede ver la aplicación de este principio en la decisión de dar el diagnóstico al paciente cuando no se lo hace normalmente. *Hay para mí una excepción, ante síntomas que requieren interconsulta psiquiátrica suelo explicarles el diagnóstico y el porqué de la derivación psiquiátrica.* Aunque no se ofrece expresamente una justificación, puede inferirse que la excepción aparece fundamentada en el principio de no maleficencia, ya que lo que se busca al informar al paciente es

evitarle un daño, previendo la inquietud y preocupación que podría sufrir ante la intervención de un psiquiatra. El mismo profesional recurre también al principio de beneficencia para justificar la decisión de comunicar el diagnóstico en ciertos casos:

(...) todo en mi caso está orientado al bienestar del paciente, si considero que lo necesita, que voy a contribuir a bajarle el malestar, o la ansiedad, o la incertidumbre, a lo mejor recorro como estrategia a plantear un diagnóstico, describir un síndrome o un trastorno, para que sepamos contra que estamos yendo, como para asociarnos en el trabajo.

Analizándola en función de los principios éticos (Beauchamp & Childress, 1999), la forma en que este profesional se conduce en cuanto a la transmisión del diagnóstico implica dar prioridad a los principios de beneficencia y no maleficencia frente al principio de autonomía. Por otra parte, como ya fue señalado, este último no parece ser considerado en su significado último aún en los casos en que se adopta como norma la comunicación del diagnóstico al paciente.

El principio de justicia establece que las personas a las que se les reconocen los mismos derechos deben ser tratadas con igualdad en lo que se refiere a ellos. En nuestro país el derecho a la salud es reconocido a todos los habitantes; y en ese marco, el derecho a ser informado adecuadamente debe respetado en todos los casos. En la práctica, surgen dificultades para garantizar el ejercicio de este derecho, algunas de las cuales tienen que ver con las condiciones de vulnerabilidad de una parte de la población que recurre a un servicio de salud mental.

Como ya se ha señalado, buena parte de las personas que acuden al servicio de admisión en busca de ayuda profesional tiene un bajo nivel educativo, además de carencias económicas. En el caso del profesional que destacó esta realidad no queda claro si esto es considerado como un problema que exige un mayor cuidado por parte del profesional al comunicar el diagnóstico, o una razón para abstenerse de hacerlo. En el primer caso se estaría atendiendo al principio de justicia, procurando que estas personas puedan ejercer su derecho tanto como aquellos que se encuentran en mejores condiciones para hacerlo. En cambio, si la falta de educación de una persona es tomada como una razón para no comunicarle el diagnóstico se estaría dando un trato desigual a quienes tienen el mismo derecho.

En la entrevista realizada a otro de los profesionales del servicio se encuentra más claramente la intención de brindar un trato igualitario, aunque al mismo tiempo se expresan las dificultades que surgen al llevarla a la práctica.

Y, algunos casos se complican. Hay algunos pacientes que por más que uno le explique el diagnóstico y se lo baje a lenguaje coloquial, sin tantos tecnicismos, no logran comprender claramente lo que se le intenta transmitir. Con sólo hablar de trastorno, algunos pacientes piensan que es algo muy grave, y entonces les explico que hoy en día nadie está exento de padecer uno. Le explico qué es un trastorno, a qué se debe, cuáles son los factores.

Se puede ver aquí una manifestación de las limitaciones que encuentra una ética basada en la aplicación de los principios considerados aquí para responder a algunas de las situaciones que los profesionales de la salud mental deben enfrentar trabajando en ciertos contextos. Se plantea entonces la necesidad de considerar propuestas como la ética de la protección (Schramm, 2005), orientadas a brindar una atención especial a aquellas personas que, por distintas razones, se encuentran en un estado de vulnerabilidad.

5.5. La formación profesional y la pertinencia de la transmisión del diagnóstico

La formación de los profesionales entrevistados es bastante homogénea. La mayoría estudió en universidades privadas de la ciudad de Buenos Aires (sólo uno de ellos lo hizo en la universidad pública), tres de ellos en la misma universidad. En cuanto a la formación de posgrado, cuatro se especializaron en terapia sistémica, y en algunos casos hicieron cursos de terapia cognitiva y trastornos de ansiedad. De los dos restantes, uno se formó en terapias cognitivas de tercera generación y el otro no curso estudios de posgrado.

La influencia que la formación profesional tiene en la manera en que los psicólogos del servicio de admisión abordan la transmisión del diagnóstico se puede ver fundamentalmente en los criterios que aplican y en la relación que establecen entre diagnóstico y tratamiento.

Una de las expresiones más claras de esto es la respuesta que da uno de los profesionales cuando se le pregunta por la importancia que tiene el diagnóstico para el tratamiento: *Para mí es fundamental, mi*

formación fue muy fuerte en ese aspecto, y yo trabajo con eso. No se hacer terapia con eso de vení, charlemos..!'. No se trabajar así. Aquí hay una referencia directa a la formación profesional como transmisión de un modo de ejercer la psicología.

También hay una referencia directa a la influencia de la formación en la justificación de los beneficios de la transmisión del diagnóstico en determinados casos que uno de los profesionales presenta: *Por otra parte cuando hay algo del eje 2, como un trastorno bipolar o trastornos de personalidad, el modelo dialectico de Marsha Lineham (DBT) indica que parte del tratamiento es que el paciente conozca su diagnóstico, y yo creo positivamente que lo ayuda a entender.* Además de mencionar un modelo terapéutico que corresponde a las terapias cognitivas de tercera generación, se lo vincula con un manejo del DSM que no forma parte de una enseñanza con orientación psicoanalítica.

En este sentido, aunque de manera más indirecta, se puede reconocer la influencia de la perspectiva psicoanalítica en la valoración que la psicóloga formada en la UBA otorga al vínculo entre paciente y terapeuta para definir el momento de comunicar el diagnóstico, que por otra parte considera como orientativo. Esto a pesar de que ella dice que esta forma de abordar la transmisión no se debe a su lineamiento teórico, sino a la práctica.

El valor otorgado por la mayoría de los profesionales a la psicoeducación, un elemento importante en las terapias cognitivas y sistémicas, es otra de las formas en que se puede apreciar la influencia de la formación en la práctica profesional. Esto se ve reforzado además por el rol activo que se le concede al paciente en las terapias cognitivas, que destaca el valor terapéutico de la psicoeducación. En una de las entrevistas esto se expresa claramente:

Siempre trato de brindarle al paciente lo que yo se, algo que lo pueda ayudar, esclarecer. Acá trabajamos en conjunto, yo necesito que él también sepa de lo que estamos hablando. Pero no para encasillarlos, como dije antes, para que lo tenga y podamos trabajar en conjunto. Por eso siempre que das el diagnóstico tiene que ser por un objetivo, que se transforme en una herramienta más para trabajar. Con el objetivo de sumarle al tratamiento.

Además de la psicoeducación y el rol activo del paciente que exige la caracterización de la terapia como un trabajo conjunto, aparece aquí sugerida la importancia que tiene en la terapia cognitiva lograr un acuerdo entre paciente y terapeuta sobre el diagnóstico que éste plantea (Beck, 2000). Esto se expone de manera más directa en otra de las entrevistas, donde el profesional sostiene que la aceptación del diagnóstico por parte del paciente es un elemento más del tratamiento, y que en los casos en que esto se complica, se transforma en un objetivo terapéutico que el paciente comprenda.

Uno de los profesionales con formación sistémica deja ver la influencia de la misma cuando explica los beneficios que puede aportar la transmisión del diagnóstico al paciente:

Y después, por otro lado, cuando no hay trastorno y el diagnóstico es más de un problema de interacción, poder explicar cómo funcionan determinados circuitos o determinados patrones de relación colabora con la persona para que entienda algunas cuestiones (...)

En definitiva, y aunque las referencias directas son escasas, la influencia de la formación recibida puede apreciarse en las razones que los profesionales entrevistados ofrecen para explicar la posición que adoptan frente a la transmisión del diagnóstico y la forma en que la llevan a cabo.

6. CONCLUSIONES

A través de la indagación realizada en el servicio de admisión de esta institución, se han podido encontrar algunas expresiones de lo que implica para los profesionales que allí se desempeñan el diagnóstico para un tratamiento psicológico. También se pudo apreciar la forma en que los profesionales que tienen a su cargo la elaboración de un diagnóstico presuntivo llevan a cabo esa tarea y afrontan la responsabilidad que les cabe en cuanto a la transmisión de ese diagnóstico a las personas que se acercan a consulta.

En líneas generales, la gran mayoría de los profesionales asume una posición favorable a la transmisión del diagnóstico al paciente. Las razones que los profesionales expresan para fundamentar su posición favorable a la transmisión del diagnóstico incluyen, en casi todos los casos, el reconocimiento del derecho que la ley reconoce a la persona que se presenta a consulta. Sin embargo, se despliegan otros argumentos para fundamentar esa posición y para definir la forma en que se la lleva a la práctica que muestran diferencias de criterios. Estas diferencias tienen que ver, fundamentalmente, con la forma en que cada profesional valora el aporte que hace al tratamiento el hecho de que los pacientes conozcan su diagnóstico.

En este sentido, aquellos profesionales que consideran que a través de la comunicación del diagnóstico el paciente adquiere un conocimiento que lo beneficia, y que disminuye la ansiedad con la que llega al servicio, son los que le dan mayor importancia a esta práctica. Esto lleva a que el diagnóstico sea comunicado en la primera entrevista o, al menos, en los momentos iniciales del tratamiento.

En cambio, en los casos en que se niega que la comunicación del diagnóstico tenga un valor terapéutico, o en los que se le da una menor importancia relativa en comparación con otros factores, la transmisión del diagnóstico adquiere otras formas.

Hay algunos profesionales que dejan la comunicación del diagnóstico para un momento más avanzado del tratamiento, argumentando que la creación de un buen vínculo terapéutico es una condición necesaria para dar un paso en este sentido. Se puede conjeturar que en esta posición se ponen en juego principios y valores que tienen que ver con la formación recibida, ya que el profesional que pone a la instalación de un buen vínculo entre terapeuta y paciente por encima del conocimiento que éste podría adquirir a través de la información suministrada por el terapeuta tuvo una formación de grado con orientación psicoanalítica.

Se pudo encontrar, además, un caso particular en el que el profesional sólo comunica el diagnóstico a aquellos pacientes que se lo solicitan expresamente. Existiría aquí una interpretación particular de lo que establece la ley, considerando que el derecho que ella reconoce es algo que se puede ejercer o no, y que la diferencia entre ambas posibilidades la marca la propia voluntad manifiesta del paciente. Considerando que la ley establece claramente el derecho del paciente, puede pensarse que esta interpretación personal está marcada por la concepción que se tiene del diagnóstico en relación con el tratamiento. De hecho, quien sostiene esta práctica considera que el diagnóstico es una guía útil para el profesional, pero su comunicación al paciente aporta valor terapéutico sólo en algunos casos excepcionales.

En los casos de estas dos posiciones, y particularmente en la del último profesional, existiría un factor que actuaría en el sentido de habilitar prácticas que priorizan cuestiones terapéuticas por sobre el derecho del paciente. Este es el desconocimiento implícito de que este derecho adquiere su real sentido como medio para el ejercicio de la autonomía.

Aunque todos los profesionales entrevistados dijeron conocer la normativa vigente, y la mayoría la relacionó directamente con el derecho del paciente, sólo en un caso se puso de manifiesto con claridad este conocimiento, describiendo en qué consistía ese derecho. En la única entrevista en que se expuso de manera completa lo que marca la ley, se aclaró que el derecho del paciente no se limita a conocer su diagnóstico, sino que también incluye el de ser informado de los tratamientos posibles de acuerdo con ese diagnóstico. De lo dicho por el resto de los profesionales acerca de esta cuestión puede deducirse que la mayoría reduce el derecho del paciente a recibir información sobre el diagnóstico, pero no lo relaciona con el derecho a decidir acerca del tratamiento.

De hecho, incluyendo la entrevista en que se describió de manera completa el contenido de la ley, en

ningún caso se hizo referencia a que esa información que el profesional está obligado a dar sería un insumo para que el paciente tome libremente una decisión personal frente al tratamiento que se le ofrece. Puede deducirse del discurso de los profesionales entrevistados que el tratamiento es algo que está en manos del terapeuta, y que lo que se espera del paciente es que lo acepte y brinde su mayor colaboración posible. En una de las entrevistas se omitió cualquier referencia al derecho del paciente a recibir información, destacando en cambio aspectos relacionados con la práctica profesional, como las competencias y responsabilidades, la obligación de ofrecer todos los medios conocidos para el tratamiento y el secreto profesional. Esto pone de manifiesto una de las preocupaciones de los psicólogos consultados que aparece en otras entrevistas girando en torno de lo que puede definirse como la responsabilidad que deben asumir frente a la ley por su tarea. De distintas maneras se expresa que esto es algo que se afronta individualmente, y en algunos casos se señala que implica la necesidad de mantenerse actualizados. Cabe señalar, como emergente de una de las entrevistas, la incidencia que tiene la falta de un colegio profesional en esta realidad.

A pesar de esto, también se registran en las entrevistas algunas expresiones que destacan el valor que tienen las instituciones en las cuales estos profesionales desarrollan su actividad, para establecer un marco en el que puedan contar con límites claros a sus competencias y responsabilidades. Cabe mencionar que en algunos casos esto se percibe como algo rígido, estricto, especialmente cuando estos profesionales tienen que desarrollar su actividad para obras sociales u hospitales públicos. Como contrapartida, la actividad en instituciones como la que dio motivo a este trabajo aparece en las entrevistas como más marcada por los acuerdos internos y la comunicación entre los profesionales que comparten la tarea.

En cuanto a los principios éticos que guían la práctica profesional en relación con la cuestión específica que plantea la transmisión del diagnóstico, el de beneficencia es el que aparece más explícitamente en los testimonios obtenidos. Se lo invoca, por ejemplo, cuando se destaca la contribución que esta práctica brinda al trabajo terapéutico conjunto, y los beneficios directos que en sí mismo aporta al bienestar del paciente. Puede considerarse que esta forma de aplicar el principio de beneficencia está relacionada con la influencia que la formación de los profesionales tiene sobre su labor cotidiana. Al especificar la forma en que el conocimiento acerca de las características del problema a enfrentar que el paciente puede obtener del profesional redundando en beneficio del paciente se ponen en juego principios, como el trabajo conjunto, que corresponden a las terapias cognitivas en las que se han formado casi la totalidad de los entrevistados.

Contrasta con esta posición la de aquellos profesionales que piensan que la comunicación del diagnóstico no aporta beneficio alguno al paciente, o incluso sostienen que podría tener efectos negativos. Aún en el caso en que se declara la importancia concedida al principio de beneficencia, para estos profesionales la práctica de comunicar el diagnóstico se vuelve más una excepción que la regla. Aparece aquí el otro principio ético identificable en los testimonios de los profesionales, aún cuando no se lo mencione explícitamente: el principio de no maleficencia. Se lo puede reconocer en los casos en que no se comunica el diagnóstico por considerar que generaría efectos negativos, y en aquellos en los que se lo aplica en la justificación de su transmisión excepcional. El ejemplo más claro de esto último se encuentra en el caso de aquel profesional que comunica el diagnóstico a sus pacientes sólo cuando ellos se lo solicitan. Las excepciones que hace a esta regla se dan en aquellos casos en que considera que al no transmitir el diagnóstico al paciente se podría generar una situación que lo perjudicaría.

Otra forma en que se pone de manifiesto la aplicación del principio de no maleficencia, en este caso en la definición de las condiciones necesarias para cumplir con la transmisión del diagnóstico, está relacionada con la complejidad que deben abordar los profesionales de esta institución. El relevamiento de la red de apoyo con que cuenta el paciente es uno de los factores que se tienen en cuenta para evitar que se le produzca un daño, y define tanto el momento de la comunicación como las condiciones en que se realiza.

El principio de autonomía, como fue señalado al abordar el derecho del paciente a recibir información, aparece limitado en las declaraciones de los profesionales del servicio de admisión. Aún en los casos en que se reconoce el derecho que los pacientes tienen a conocer su diagnóstico, no se relaciona este derecho con el de otorgar o negar su consentimiento al tratamiento que se les propone. Considerando que este principio tiene su origen en un ámbito que se vincula con tradiciones científicas y filosóficas de origen anglosajón, podría plantearse un interrogante acerca de la pertinencia que tiene en el ámbito

local. En términos simples, mientras que para aquella tradición la defensa de la posibilidad de que los individuos decidan libremente acerca de lo que consideran mejor para su salud es una prioridad, en otros contextos esto podría quedar relegado frente a otros valores sociales. En el caso de los profesionales entrevistados, los beneficios que los consultantes podrían obtener a partir de los tratamientos que se les ofrecen aparecen como un valor primordial, que pone en un segundo plano el principio de autonomía.

En el caso de la institución analizada, las condiciones socio económicas y fundamentalmente, educativas de la población atendida son otro aspecto a considerar al evaluar la forma de comunicar el diagnóstico. Aparece aquí una problemática que refiere al principio de justicia, en la medida en que exige de los profesionales un esfuerzo extra para garantizar que todos los consultantes reciban un trato igualitario. La incidencia que este factor tiene sobre la transmisión del diagnóstico es algo que ameritaría nuevas investigaciones, focalizadas en las modalidades que ella adquiere frente a aquellos pacientes que son identificados como particularmente limitados en su capacidad para comprender la información profesional y beneficiarse de esta práctica.

En cuanto a la influencia que la formación de los profesionales tiene sobre la forma en que abordan el proceso diagnóstico y el de la comunicación con el paciente, las referencias directas encontradas son escasas. Esto puede reconocerse como una limitación de la investigación realizada, en la medida en que no se incluyó una pregunta directa sobre este particular, en parte por la intención de no generar respuestas sesgadas. En cambio se intentó que los profesionales expusieran cuál había sido su formación, y a continuación se les preguntó por los criterios que utilizaban para realizar su diagnóstico presuntivo y para decidir las condiciones en que lo comunicaban a sus pacientes. Con todo, pudo apreciarse en las razones que los profesionales entrevistados ofrecieron para explicar su posición frente a la transmisión del diagnóstico y la forma en que la llevan a cabo dejando huellas de esa formación.

La falta de variedad en las respuestas obtenidas sobre este particular puede atribuirse a la homogeneidad de la formación de los profesionales entrevistados, que mayoritariamente se inscribía en los paradigmas de la terapia cognitivo-conductual y sistémica. Esta puede considerarse como otra limitación para registrar la influencia de la formación en la práctica profesional. Considerando que el único caso en que la formación de grado tenía una orientación diferente permitió observar un modo distinto de valorar el diagnóstico y de considerar su articulación con el trabajo terapéutico, se considera importante contar con muestras en las que exista una mayor variedad en cuanto a la formación, lo que podría lograrse incluyendo profesionales de distintas instituciones. Algo que estaba más allá de las posibilidades de este trabajo.

Para concluir, se señala que la posición asumida al iniciar este trabajo de exploración era decididamente favorable a la transmisión del diagnóstico y a la aplicación de la ley. A partir de los testimonios analizados es necesario reconocer que la existencia de una norma no es suficiente para garantizar el ejercicio del derecho de los pacientes. El peso de la tradición histórica en la clínica, la falta de un colegio de profesionales que ejerza un control, y las diferentes culturas de las instituciones, aparecen como posibles factores explicativos de una realidad en la cual el cumplimiento de la normativa depende de la ética individual. Y en este punto, el análisis de las entrevistas muestra que la jerarquía otorgada a los distintos principios, o la aplicación de los mismos principios valorados en función de perspectivas teóricas divergentes, pueden justificar modos de actuar diferentes e incluso opuestos.

El carácter exploratorio de este trabajo y la cantidad limitada de profesionales consultados no permite en estas conclusiones ir más allá de plantear algunas preguntas que el contenido de las entrevistas sugiere. Algunas de ellas son: ¿Se incluyen en la formación de los psicólogos las leyes que regulan su actividad profesional en su verdadero alcance y significado? ¿En qué medida quienes tienen a su cargo la formación de los futuros profesionales adhieren a principios como el de autonomía, que está en la base de lo que establece la ley? ¿Qué rol asumen las instituciones que actúan en el campo de la salud mental en relación con la aplicación de la normativa? ¿Existen diferencias en este sentido entre las instituciones del sistema público de salud y las privadas? ¿Es posible avanzar en el reconocimiento efectivo de los derechos de los pacientes a través de la formación y la capacitación de los profesionales? ¿La ética aplicada puede dar herramientas para reducir las diferencias en los criterios que guían la toma de decisiones? Aunque lo que la ley establece en cuanto al derecho del paciente a conocer todo lo referente a su estado de salud es, en principio, simple y claro, la complejidad de la realidad en la cual los profesionales de la psicología se forman y desempeñan su actividad exige un trabajo orientado a garantizar plenamente los derechos de los pacientes. Cabe preguntarse si se puede esperar que ese

trabajo sea encarado individualmente por los profesionales, o es necesario que se produzcan respuestas institucionales en los distintos niveles involucrados. Esta última parece ser la forma más adecuada de responder a una problemática compleja como esta.

7. Referencias bibliográficas

- Alarcón, R. D. (2008). Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. *World Psychiatry*, 8, 131-139.
- Amaro Cano, M. C., Marrero Lemus, A., Valencia, M. L., Casas, S. B. & Moynelo, H. (1996). Principios básicos de la bioética. *Revista cubana de enfermería*, 12(1). [Online] Disponible en http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol12_1_96/enf06196.htm
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (1999). *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson.
- Beck, A. T., Freeman, A., et al. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Madrid: Paidós Ibérica.
- Beck, J. S. (2000). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Benito, E. (2013). Repensando el diagnóstico. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 5(1), 1-2.
- Bertini, J. R. (1981). El diagnóstico psicológico en la clínica psiquiátrica. *Revista de psicología*, 8, 16-21.
- Bustamante Quiroz, R. (2009). Métodos de diagnóstico en psiquiatría. *Diagnóstico*, 48(3), [Online] Disponible en <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2009/jul-set/105-107.html>
- Capurro N., D. & Rada G., G. (2007). El proceso diagnóstico. *Revista Médica de Chile*, 135(4), 534-538.
- Cortina, A. (2005). El estatuto de la ética aplicada: Hermenéutica crítica de las actividades humanas. *Agora Philosophica*, 6(12), 7-22.
- Cruz Zamora, M. (2008). *El terapeuta gestáltico: herramientas para el psicodiagnóstico*. [Tesis] Asociación Española de Terapia Gestalt.
- Federación de Psicólogos de la República Argentina (2013). *Código de Ética Nacional*. Recuperado de http://fepra.org.ar/docs/acerca_fepra/codigo_de_etica_nacional_2013.pdf
- Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos [EFPA]. (2003). Psicología Clínica y Psiquiatría. *Papeles del psicólogo*, 24(85), 1-10.
- Franca Tarragó, O. (1996). *Ética para psicólogos: Introducción a la psicoética*. Bilbao: Descleé de Brower.
- Franca Tarragó, O. (2003). Introducción a la ética profesional. Montevideo: Biblioteca Virtual de Ética. Disponible en <http://bibliopsi.org/docs/materias/obligatorias/CFP/etica/de%20filpo/UNIDAD%203%20Etica%20De%20Filpo/Franca%20Tarrago%20-%20LAS%20NORMAS%20ETICAS%20EN%20LA%20PRACTICA%20PROFESIONAL.pdf>
- Franca Tarragó, O. (2012). *Manual de psicoética: ética para psicólogos y psiquiatras*. Bilbao: Descleé de Brower.
- Fuentes Ortega, J. B. & Quiroga Romero, E. (2004). Los dos principios irrenunciables del análisis

funcional de la conducta y del conductismo radical. *Psicothema*, 16(4), 555-562.

-González Bravo, L. A. (2009). Formulaciones clínicas en psicoterapia. *Terapia psicológica*, 27(1), 93-102.

-Gracia Guillen, D. (1999). Planteamiento general de la bioética (fragmento). En A. Couceiro (Ed.), *Bioética para clínicos* (pp.28-35). Madrid: Triacastela.

-Kaplan, H. I., Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

-Kopelovich, M. (Noviembre 2011). *Acerca del diagnóstico en psicoanálisis*. Trabajo presentado en Tercer Congreso Internacional de Investigación, La Plata. Recuperado de: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.1461/ev.1461.pdf

-Lacan, J. (1976). Intervención sobre la transferencia. En J. Lacan *Escritos I*. México D. F.: Siglo XXI.

-Lain Entralgo, P. (1984). *Antropología médica*. Barcelona: Salvat Editores.

-Lazcano Pizarro, P. (2006). *Revista Latina de Terapia Gestalt*, 3, [Online] Disponible en http://zimentarri.org/system/files/3-el_diagnostico_en_la_terapia_gestalt.pdf

-Leibovich de Figueroa, N. & Schmidt, V. (2008). Reflexiones acerca de la evaluación psicológica y neuropsicológica. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 12(1), 21-28.

-Ley 26.529 (2009). *Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*. Sancionada 21 de octubre de 2009. Boletín Oficial. Buenos Aires, Argentina.

-Ley 26.657 (2010). *Ley Nacional de Salud Mental*. Sancionada 25 de noviembre de 2010. Boletín Oficial. Buenos Aires, Argentina.

-Mantilla, M. J. & Alonso, J. P. (2015). Transmisión del diagnóstico en psiquiatría y adscripción de identidades: perspectiva de los profesionales. *Interface (Botucatu)*, 19(52), 21-32.

-Menéndez, P. A., Acosta, S. R., Bodon, M. C. & Mayorga, P. M. (2010). Descripción de observables clínicos y de cambios en el proceso de admisión y de su impacto en el inicio del tratamiento psicoterapéutico. *Anuario de investigaciones Facultad de Psicología (UBA)*, 17. [Online] Disponible en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862010000100005

-Mir Tubau, J. & Busquets Alibés, E. (2011). Principios de ética biomédica de Tom L. Beauchamp y James F. Childress. Un libro de referencia para labioética. *Bioética y Debat*, 17(64), 1-7.

-Mordoh, E., Gurevicz, M. & Lombardi, G. (2007). Algunas precisiones sobre el proceso diagnóstico en psicoanálisis. *Anuario de investigaciones de la Universidad de Buenos Aires*, 14, 85-89.

-Núñez de Villavicencio Porro, F. (2006). Consentimiento educado vs: Consentimiento informado. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(4). Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400011&lng=es&tlng=es.

-Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Buenas Prácticas Clínicas: Documento de las Américas*. Washington, DC: OPS.

-Quant, D. M. (2013). Formulación clínica de caso: aspectos metodológicos. *Revista Vanguardia Psicológica: Clínica Teórica y Práctica*, 3(2), 160-172.

- Rodríguez Sutil, C.(1996). La ética de la devolución en el psicodiagnóstico clínico. *Papeles del psicólogo*, (66), 91-94.
- Rubinstein, A. (2014). *Consulta, admisión, derivación*. Buenos Aires: EUDEBA.
- Salama Penhos, H. (2012). *Gestalt 2.0. Actualización en terapia Gestalt*. México: Alfaomega.
- Schramm, F. R. (2005). ¿Bioética sin universalidad? Justificación de una bioética latinoamericana y caribeña de protección. En V. Garrafa, M., Kottow, A., Saada, A.(Coord.) Estatuto epistemológico de la Bioética (pp. 165-185). México: UNAM.
- Sciletta, D. (2006). Una aproximación al concepto de diagnóstico psicológico desde el psicoanálisis. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 8, 267-295.
- Sulle, A., Bur, R., Stasiejko, H. Celotto, I., Montes Quintian, M., Zerba, D. A. ... Lobel, G. (2012). *Tensiones en la psicología: el tránsito de la diversidad a la complejidad*. Trabajo presentado en IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología
- Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-072/509.pdf>
- Vucinovich, N. (2014). Entre dos versiones de la demanda: diferencias entre desmedicalización y psicoanálisis. *Norte de Salud Mental*, 12(48), 19-25.
- Yontef, G. (1995). *Proceso y diálogo en psicoterapia gestáltica*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.